BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS.

PARIS. — TYPOGRAPHIE DE HENRI PLON,
IMPRIMEUR DE L'EMPEREUR,
RUE GARANCIÈRE, 8.

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1864.

DEUXIÈME SÉRIE

TOME CINQUIÈME.

PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1865

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

DE

CHIRURGIE DE PARIS

SÉANTE RUE DE L'ABBAYE.

Séance du 6 janvier 1864.

Présidence de M. Depaul.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance se compose des journaux de la semaine.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. BROCA. Je présente une pièce à l'appui de ce que j'ai dit dans l'avant-dernière séance sur des caillots vasculaires qu'on a considérés à tort comme emboliques ; la preuve de l'erreur se tire de ce que ces caillots sont tubulaires, qu'ils sont percés dans toute leur longueur par un conduit plus ou moins fin (suivant leur âge) qui permet le passage du sang. Cette disposition peut être observée sur l'artère de la scissure de Sylvius de ce cerveau que j'ai recueilli sur une femme âgée qui a succombé dans mon service à la Salpêtrière. Je tenais à mettre cette pièce sous les yeux des membres de la Société pour montrer comment, faute d'une recherche suffisante, on avait pu souvent donner une interprétation erronée à l'existence de caillots des artères cérébrales.

RAPPORTS.

M. DOLBEAU lit un rapport sur trois observations de M. Bouyer (de Saintes), et conclut à la publication dans le *Bulletin* de la première observation.

M. DOLBEAU lit un second rapport sur une note de M. Hurel, élève des hôpitaux, relative à un cas d'ostéo-périostite du fémur chez un enfant de trois ans, et conclut à la publication de cette note.

La Société adopte ces conclusions.

Tumeur sous-maxillaire (côté droit) : ligature préalable de la carotide primitive ; ablation de la tumeur douze jours après par l'écrasement linéaire ; mort ; par M. le docteur Bouyer (de Saintes).

M. A. M... (de Cognac), cinquante-six ans, bonne constitution, tempérament sanguin, n'a jamais eu d'affection syphilitique ni strumeuse ; père de trois garçons, mariés eux-mêmes et bien portants ; homme de peine au service du draguage de la Charente, profession qu'il exerçait encore il y a peu de temps.

Cet homme a vu commencer, il y a quinze mois environ, à la partie postérieure de l'apophyse mastoïde droite, une tumeur qui, grosse d'abord comme une noisette, acquit bientôt le volume d'une forte noix, pour rester longtemps à ces dimensions ; alors, elle était libre d'adhérences avec les parties voisines, très-régulièrement arrondie, et roulait sous la peau. Ne souffrant nullement alors, il ne consulta personne.

Il y a quatre mois, à l'état stationnaire de la tumeur succéda un développement très-rapide. Depuis cette époque, M. A. M... reçut de divers médecins, à Angoulême et à Cognac, le conseil de subir une opération chirurgicale, et il se présenta à moi le 30 mai 1860.

Voici ce que je puis constater :

Cet homme porte au côté droit du cou une tumeur qui commence à la partie supérieure et postérieure de l'apophyse mastoïde, où elle soulève considérablement l'oreille et s'étend obliquement jusque vers la symphyse du menton. En haut et en dedans, elle commence à l'arcade dentaire inférieure pour se terminer en bas et en dehors à la partie moyenne du cou. Elle mesure 30 centimètres dans son grand diamètre et 21 dans son plus petit ; elle est assez régulière, sans bosselures et sans changement marqué de couleur à la peau.

Elle n'offre ni souffle ni battements par expansion ; mais les artères qui s'y rendent sont volumineuses, et leurs battements sont très-énergiques.

L'articulation temporo-maxillaire est libre.

Dans l'intérieur de la bouche, on ne perçoit la tumeur que dans le sillon labio-dentaire, dans une étendue de 6 centimètres.

Si l'on comprime les gros vaisseaux du cou, la tumeur devient violacée.

L'idée d'un anévrysme étant mise de côté par l'absence de battements et de souffle ; d'autre part, le malade éprouvant depuis plusieurs mois des douleurs lancinantes très-manifestes, je songeai immédiatement à une maladie cancéreuse. Toutefois l'aspect général du sujet, son embonpoint me laissaient quelques doutes.

Je pratiquai une ponction exploratrice qui ne donna pas de sang, et le stylet plongé dans l'ouverture de la ponction se promena sans trop de résistance dans un tissu aréolaire et comme poreux, qui acheva de me convaincre que j'avais affaire à une tumeur encéphaloïde.

Je proposai alors au malade une opération, qui fut acceptée.

Redoutant beaucoup l'hémorrhagie, vu le calibre des artères qui rampaient autour de la tumeur, et ne pouvant constater la profondeur à laquelle allaient les ramifications du mal au milieu des muscles et des nerfs du cou, je résolus de pratiquer d'abord la ligature de la carotide primitive, pensant avoir ultérieurement plus de facilités à faire l'extraction du produit morbide, et pensant surtout me donner des chances sérieuses contre les dangers de l'hémorrhagie immédiate.

Cette première opération fut pratiquée le 31 mai 1860, avec l'aide des docteurs Bouyer père, Bargignac, Dissez et Viauld.

L'opération dura quelques minutes ; il s'écoula à peine quelques gouttes de sang, et l'artère, saisie et isolée parfaitement, fut liée sur-le-champ avec un fil ciré en quatre doubles. Pansement avec des bandelettes agglutinatives. Le soir, bonne réaction ; le malade se plaint de difficulté à avaler.

Le 1er juin, trois soupes légères ; pas de fièvre. Expectoration catarrhale abondante ; toux légère. Douleurs dans la moitié droite de la tête.

Le 2, douleurs hémicrâniennes et expectoration persistantes.

Les 3, 4 et 5, cet état continue ; pourtant l'expectoration s'amende sous l'influence d'une potion au perchlorure de fer. Persistance de la douleur hémicrânienne. Le malade reprend peu à peu les aliments solides ; les forces lui reviennent, et je songeai alors à pratiquer l'ablation de la tumeur.

Mais les anastomoses ont rétabli le calibre des artères, qui battent avec force ; aussi me décidai-je à pratiquer l'opération par l'écrasement linéaire. Elle fut faite le 13 juin 1863, en présence des confrères désignés ci-dessus, et j'y procédai de la manière suivante :

Deux incisions elliptiques se rejoignant aux extrémités du plus grand diamètre et comprenant entre elles un lambeau cutané de

6 centimètres dans sa plus grande largeur; dissection de la peau jusqu'à la base de la tumeur.

Cela fait, j'enfonce à la base, à la réunion de son tiers postérieur avec son tiers moyen, une longue aiguille courbe entraînant avec elle deux fils, l'un isolé, l'autre attaché à la chaîne de l'écraseur linéaire. J'introduis alors à la partie postérieure de la tumeur une autre aiguille courbe, destinée à maintenir le trajet du fil; alors, avec le fil isolé, je pédiculise la partie postérieure de la tumeur, qui se sectionne de suite avec la chaîne. J'obtiens ainsi une plaie sèche.

Même manœuvre pour la partie inférieure et interne. Je la pédiculise d'abord en passant vers sa base un fil qui est guidé dans sa voie par une série d'aiguilles courbes enfoncées à la base de la tumeur. Le pédicule obtenu, je le saisis avec la chaîne de l'écraseur et je le sectionne. Cette seconde portion, beaucoup plus volumineuse que la première, demande un temps considérable pour être détachée.

Le résultat en est néanmoins satisfaisant, car en deux heures j'enlève en un seul bloc cette énorme tumeur, qui pèse environ 800 grammes.

Une fois la tumeur enlevée, la plaie très-vaste qui en résulte sèche d'abord, laisse bientôt écouler une assez grande quantité de sang qui sort en nappe; mais cette hémorrhagie cède immédiatement à un badigeonnage de perchlorure de fer.

Le malade, qui a supporté avec calme cette douloureuse épreuve, quoique ayant refusé des anesthésiques, a le pouls régulier et bon. — Pansement, compresses d'eau froide. — Le soir, bonne réaction.

Le 14, insomnie; continuation d'une réaction modérée. — Soupe légère. Laudanum le soir.

Le 15, nuit bonne. Les soupes sont trouvées bonnes; commencement de suppuration. Pas de fièvre.

Dans la nuit du 15 au 16, vers deux heures, la garde-malade s'aperçoit que cet homme ronfle d'une manière insolite et me fait appeler.

Je trouve le malade sans connaissance et faisant entendre ce ronflement stertoreux qui accompagne les hémorrhagies cérébrales. Résolution complète des membres.

J'applique des sinapismes et je donne une potion au bicarbonate de soude; mais c'est à peine si la déglutition est possible.

Le mal va en empirant dans la matinée. Mort à midi.

Je n'ai pu faire l'autopsie. Quelle a pu être la cause de la mort? Songeant à la douleur hémicrânienne qui n'avait pas disparu depuis la ligature de la carotide primitive, il est difficile de ne pas trouver entre ces deux faits une relation de cause à effet. Pourtant les anasto-

moses s'étaient rétablies, comme le prouvent l'hémorrhagie et la grande vascularité de la tumeur.

Je croirais plutôt à un épanchement intracrânien dû à la difficulté qu'éprouvait le reflux du sang par suite de la suppression de gros troncs veineux compris dans la chaîne de l'écraseur. Et me fondant sur ce fait et sur cette explication, je crois plus avantageuse pour les tumeurs profondes du cou une dissection attentive qui permette de suivre de l'œil les parties que l'on sectionne qu'un écrasement en masse qui peut intéresser des parties qu'il serait avantageux d'épargner. C'est, du reste, la pratique que j'ai suivie plus tard, et dont j'ai eu lieu de m'applaudir.

— La tumeur, enlevée et fendue avec le bistouri, était formée d'une matière pulpeuse et rougeâtre avec des bosselures plus dures offrant l'aspect des cancers encéphaloïdes dans cette période qui précède leur ulcération.

Ostéo-périostite du fémur, par M. Hurel.

Alexandrine Ch..., jeune enfant de trois ans, a été élevée au sein. Au retour de nourrice, elle présentait une tuméfaction douloureuse de la partie supérieure de la jambe gauche, qui s'ulcéra trois mois avant son entrée à l'hôpital. En même temps que l'affection de la jambe, s'est déclarée à l'œil gauche une ophthalmie qui a détruit une partie de la cornée et laissé un albugo assez considérable.

La mère, Italienne, âgée de vingt-trois ans, habitant Paris depuis quatre ans, s'est toujours bien portée, ainsi que son mari.

Le 15 juillet 1863, l'enfant est admise au n° 28 de la salle Sainte-Geneviève, service de M. le docteur Triboulet. Elle présente les symptômes suivants :

La jambe est fortement fléchie, au point que sa face postérieure est appliquée sur celle de la cuisse. Le genou présente une tumeur considérable, arrondie, sans coloration de la peau, mais avec dilatation de quelques veines. La jambe est atrophiée, la cuisse tuméfiée. Cette tuméfaction remonte sur la face antérieure de la cuisse jusqu'au niveau de la limite du tiers supérieur. Une pression exercée de haut en bas sur cette tuméfaction fait sourdre une très-grande quantité de pus par une fistule ulcéreuse située au niveau de la tubérosité interne du fémur. Ce pus est séreux, trouble, d'un aspect un peu crémeux, abondant; les linges du pansement en sont inondés tous les jours Au niveau de la tête du péroné est une ulcération large d'au moins 2 centimètres en tous sens, d'un gris rougeâtre, sans bourgeons charnus, à bords minces et décollés. Les mouvements volontaires sont nuls. Les mouvements provoqués déterminent une vive douleur.

La malade a un teint terne, l'aspect général débilité. Fièvre hectique légère, pas de diarrhée. A l'auscultation, on trouve les sommets des poumons sains.

Après un traitement inutile par la teinture de ciguë à haute dose, on a recours à la pression méthodique par une bande roulée sur une feuille de ouate, qui semble amener à la longue une amélioration, si bien que vers le mois de septembre et jusqu'en novembre, la pression sur le foyer ne fournit plus qu'une petite quantité de sérosité. Mais à partir du 15 novembre, le pus séreux redevient abondant, puis à la fin de novembre se prononcent des accidents d'infection putride, à laquelle la malade succomba le 6 décembre.

Autopsie. — On trouve à l'autopsie un vaste foyer grisâtre remontant jusqu'au tiers supérieur du fémur, dans l'épaisseur du triceps fémoral, sous le vaste interne et sous le vaste externe. Ce foyer communique par un large pertuis situé au milieu du vaste externe avec une fistule du périoste. Il s'ouvre en bas dans l'articulation du genou et par elle dans les fistules.

Le périoste épaissi s'est ossifié, comme on peut le voir sur la pièce que j'ai l'honneur de soumettre à la Société; il forme une gangue qui entoure le fémur réduit à une lamelle externe très-mince et au tissu spongieux très-raréfié.

Des filaments osseux nombreux rattachent le périoste à l'os. On voit l'artère nourricière volumineuse s'enfoncer dans son trou dilaté. L'os est facile à couper, spongieux, fragile et flexible; le cartilage de l'articulation est en partie résorbé, en partie détruit; l'articulation est imbibée de pus, les surfaces articulaires érodées; les ligaments croisés sont sains.

Il y a en haut et en bas de l'articulation deux larges ouvertures. La partie postérieure de la rotule présente un commencement d'altération.

Tels sont, Messieurs, les renseignements rapidement résumés que j'ai cru devoir vous apporter sur les pièces que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux.

ÉLECTIONS.

La Société est appelée à voter, sur la demande de MM. Bouvier et Guersant, qui désirent devenir membres honoraires.

Sur 21 votants, MM. Bouvier et Guersant obtiennent chacun 20 voix. Ils sont en conséquence nommés membres honoraires.

Election de membres correspondants nationaux.

La Société doit nommer trois membres correspondants nationaux. Nombre de votants : 28 ; majorité : 15.

M. Duboué (de Pau) obtient 28 voix ; M. Azéma (de la Réunion), 20 voix ; M. Isnard (de Metz), 16 voix ; M. Oré (de Bordeaux), 11 voix ; MM. Courty et Delore, chacun 2 voix ; MM. Dubois, Hergott, Ehrmann, Delacour et Bœckel, chacun 1 voix.

En conséquence, MM. Duboué, Azéma et Isnard sont nommés membres correspondants de la Société de chirurgie de Paris.

Election de membres associés étrangers.

Trois places sont vacantes.

Sur 27 votants, M. James Paget (de Londres) obtient 26 voix. MM. Hodgson (de Londres) et Robert Adams (de Dublin), chacun 25 voix ; M. Constantini, 1 voix ; un bulletin nul.

MM. Paget, Adams et Hodgson sont nommés membres associés étrangers de la Société de chirurgie.

COMITÉ SECRET.

A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret pour entendre le rapport sur le prix Duval et le rapport de la commission des correspondants étrangers.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, U. TRÉLAT.

Séance du 13 janvier 1864.

Présidence de M. DEPAUL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

Tumeur fibro-plastique du cordon spermatique. — M. VERNEUIL dépose sur le bureau une tumeur fibro-plastique du cordon spermatique et la note suivante, rédigée par M. Jules Dubois (d'Abbeville), accompagnant cet envoi :

G..., soixante-cinq ans, batelier de profession, constitution vigoureuse ; maladies antérieures légères et de peu de durée, pas de traces d'affections constitutionnelles.

Entré le 25 novembre 1863 dans le service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu d'Abbeville pour se faire traiter d'une tumeur des bourses, il raconte que, il y a environ trois ans, il a constaté la présence, le long du cordon spermatique gauche, d'une petite tumeur dure, mobile, indolente, qui serait survenue sans cause appréciable ; que, tourmenté par cette découverte, il aurait consulté un pharmacien qui l'aurait engagé à porter un bandage herniaire, que la mobilité de la tumeur a toujours empêché l'application régulière du bandage, auquel il renonça sans chercher à appliquer d'autre remède.

La tumeur augmenta graduellement sans manifester sa présence par d'autres signes que de la gêne et un sentiment de pesanteur qui força le malade à faire usage d'un suspensoir.

Au moment de son entrée, il existe à gauche une tumeur indolente, non réductible, du volume d'un gros œuf d'oie, piriforme, dont la plus petite extrémité s'engage dans le canal inguinal, élastique, d'une consistance identique avec celle du fibrome, lourde, ne présentant ni fluctuation ni pulsations. Elle est placée sur le trajet du cordon spermatique, bien distincte de l'épididyme et du testicule, que l'on perçoit facilement, malgré la présence d'un peu de sérosité dans la tunique vaginale ; elle semble se prolonger jusque dans le canal inguinal : toutefois, il est facile de s'assurer que le canal déférent a conservé son volume à peu près normal avant et après la sortie de la tumeur, dans laquelle il paraît immergé. La tumeur est lisse au toucher, non adhérente, et n'offre que quelques bosselures séparées par des sillons profonds. La coloration de la peau est normale ; il n'y a pas de gonflement des ganglions inguinaux. Santé générale bonne ; fonctions régulières.

Diagnostic : Fibrome, ou bien tumeur fibro-plastique.

Traitement : amputation de la tumeur ; néanmoins, la répugnance du malade pour ce moyen extrême, quelques présomptions sur l'existence possible d'une diathèse syphilitique font employer l'usage de l'iodure de potassium *intus et extra.*

Le repos au lit amène en quelques jours une légère diminution de volume, mais bientôt nous avons la certitude que le traitement est insuffisant, sinon inutile. La maladie augmente ; le sarcocèle est devenu à peu près régulièrement ovoïde ; arrêté par l'anneau inguinal, il s'étale devant lui, le débordant de tous côtés.

Le 20 décembre, l'opération est de nouveau proposée au malade, qui la refuse, fort de cet argument, qu'il ne souffre pas, qu'il n'éprouve que de la gêne, et qu'à son âge il ne veut pas risquer une grosse opération.

Il quitte l'hôpital le 23 ; mais l'impossibilité de travailler, le poids

de la tumeur, son augmentation de volume, qui égale presque celui du poing, le ramènent bientôt.

Il rentre le 31 décembre 1863.

L'amputation est pratiquée le 5 janvier 1864.

La façon intime dont le cordon spermatique est englobé dans le fibrome ne permet pas de conserver le testicule ; il est convenu que ce testicule, bien que complétement sain, sera retranché. M. François circonscrit la tumeur par une double incision curviligne, la dissèque avec soin aussi loin que possible, et, avant que de couper le cordon, applique sur lui un fil serré avec force. Il n'y eut pas d'hémorrhagie. Deux ligatures seulement furent posées sur de petites artérioles rampant dans les enveloppes du sarcome. Puis, la plaie fut réunie par première intention, à l'aide de plusieurs points de suture entrecoupée.

La dissection rapide de la tumeur démontre qu'elle est enveloppée de toutes parts par les tuniques propres du cordon spermatique, qu'il est facile d'en séparer, que le testicule et l'épididyme en sont bien distincts, qu'à son entrée et à sa sortie le canal déférent est parfaitement normal ; en un mot, que cette production hétéromorphe s'est développée exclusivement sur le trajet du cordon et au milieu de ses éléments.

COMMUNICATIONS.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai observé récemment quelques cas intéressants, que je crois devoir communiquer à la Société.

Une malade se présente dans mon service avec une tumeur de l'aine grosse comme les deux poings. Il y avait quelques vomissements, de la douleur ; la tumeur était tendue. J'hésitais sur le diagnostic à porter ; mais, comme les accidents me semblaient pressants, je me décidai à opérer, en me promettant d'éclaircir, chemin faisant, le diagnostic. J'ouvris successivement une série de foyers purulents superposés, sans rencontrer autre chose qui pût m'éclairer, de sorte qu'aujourd'hui encore je me demande si les tissus divisés par le bistouri ne sont qu'une masse ganglionnaire suppurée, ou bien si, comme je l'ai pensé, il s'agissait d'une hernie de l'ovaire envahie par l'inflammation, hypothèse en faveur de laquelle plaide l'existence d'un volumineux cordon qui traverse le trajet inguinal.

Du reste, l'observation a été recueillie avec le plus grand soin, et je la communiquerai en temps utile à la Société.

— Une autre femme était atteinte d'une tumeur de l'aine que je considérai comme une hernie crurale. La malade était dans le plus triste état. Je pensai que l'opération était la seule chance de salut,

bien qu'il y eût une péritonite caractérisée. J'ouvris la tumeur, qui ne contenait pas d'intestin, mais il s'échappa un flot considérable de pus liquide provenant de la cavité péritonéale. Il y eut une légère amélioration, mais au bout de quelques jours la malade succomba.

— Un homme présentait tous les signes d'une hernie inguinale étranglée. Je la réduis par le taxis, et je perçois très-nettement le bruit de gargouillement caractéristique. Néanmoins, les symptômes de l'étranglement persistant, je provoque par quelques efforts le retour de la hernie à travers l'anneau inguinal. Cette manœuvre ne produit aucune amélioration ; le malade meurt.

A l'autopsie, je reconnus que la hernie avait deux branches dont l'une s'engageait dans le canal inguinal et l'autre sous un repli péritonéal de la fosse iliaque. C'est cette seconde branche, échappant aux efforts de réduction, qui était restée étranglée dans l'abdomen.

La persistance des accidents peut tenir, comme on le sait, à bien des causes diverses ; je signale celle-ci, l'existence d'une hernie bifide, qui est bien de nature à tromper le chirurgien. Si pareil cas se représentait à mon observation, je n'hésiterais pas à rechercher la situation de la tumeur profonde, et, si je parvenais à la déterminer, à inciser l'abdomen pour lever l'étranglement.

Masturbation invétérée. Infibulation. — M. BROCA. J'ai eu occasion de pratiquer dernièrement une opération assez insolite, surtout au point de vue de l'indication thérapeutique que je cherchais à remplir ; je ne sais même pas si ma tentative a jusqu'ici un précédent. Il s'agit d'une nymphomanie pour laquelle j'ai exécuté l'infibulation.

Ma malade était une petite fille de cinq ans, fort intelligente avant sa funeste habitude ; elle se livrait depuis assez longtemps déjà à la masturbation répétée et déjouait tous les moyens qu'on avait employés. La surveillance incessante de sa mère, l'emploi d'une ceinture de chasteté confectionnée par M. Charrière, rien n'y avait fait. On sait, du reste, que cet appareil est bien plus efficace chez les petits garçons, dont il emprisonne la verge dans un étui métallique, que chez les petites filles. La nôtre, fine de formes, amaigrie et extrêmement souple, parvenait à insinuer son orteil entre la plaque de la ceinture et les parties molles, et pratiquait ainsi la masturbation.

La mémoire, l'intelligence, s'affaiblissaient ; il y avait à intervalles assez rapprochés des moments d'absence. M. Moreau (de Tours), mon collègue à la Salpêtrière, avait été consulté et avait songé à l'amputation du clitoris. Interrogé à mon tour, je pensai que la section des nerfs clitoridiens, employée par quelques chirurgiens, était un procédé bien infidèle, exposant à la récidive ; que l'amputation du clito-

ris était la destruction, la ruine irréparable de l'organe de la volupté, chose excessive chez une petite fille qui peut guérir, et j'en vins alors à l'idée que j'ai mise à exécution.

J'opérai l'enfant le 31 décembre. Pendant l'opération, elle adressait à ses organes génitaux des expressions de tendresse et de compassion, qui nous frappèrent et qui semblaient révéler l'état mental, la concentration des idées vers un seul but chez cette malheureuse enfant.

Je réunis, suivant une grande épaisseur, les deux tiers supérieurs ou antérieurs des grandes lèvres à l'aide de la suture métallique, en laissant à la partie inférieure un orifice admettant avec peine le petit doigt pour l'écoulement des urines et plus tard du sang menstruel. Aujourd'hui la réunion est parfaite, et le clitoris est placé hors de toute atteinte sous un épais coussin de parties molles.

Je me propose de continuer l'emploi de tous les autres moyens, surveillance active, ceinture de chasteté, etc., considérant seulement l'infibulation comme un important adjuvant. Quel sera le résultat définitif de cette opération, c'est ce que je ne saurais dire encore ; mais je suis bien persuadé qu'elle est de nature à entraver très-fortement les habitudes vicieuses de la petite malade. En tout cas, c'est là un sujet d'observation intéressant, car je ne sache pas que l'infibulation, très-usitée en Orient comme contrainte de chasteté chez des adultes, ait jamais été mise en usage pour lutter contre la nymphomanie.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je crains que l'opération ne produise pas le résultat désiré. L'enfant fera de la masturbation médiate à travers le voile constitué par les grandes lèvres réunies.

M. DEGUISE. J'avoue que je partage les craintes de M. Morel. De façon ou d'autre, l'enfant continuera ses manœuvres vicieuses. Rien n'est plus fréquent que la masturbation chez les aliénés ; nombre de fois je l'ai observée, et j'ai vu que tous les moyens employés pour la combattre échouent quand elle est invétérée. Un aliéné emprisonné dans la camisole de force et fixé à son siége ou à son lit, parvenait, en substituant ses lèvres à ses mains entravées, à déjouer toutes les précautions. A un degré aussi avancé, le vice est incurable.

J'ai cependant réussi une fois à guérir un jeune garçon de la masturbation et je demanderai à M. Broca pourquoi il n'a pas employé le moyen qui m'a réussi, la cautérisation ? Pendant une année entière, avec une persistance presque cruelle, malgré les supplications du jeune malade, j'ai entretenu dans le canal de l'urèthre, par des cautérisations répétées, une irritation assez douloureuse pour rendre

tout attouchement impossible. Aujourd'hui le jeune garçon est un jeune homme qui me remercie de ma ténacité.

M. RICHET. On semble croire généralement que c'est dans les organes génitaux externes et plus spécialement dans le clitoris que siége l'impulsion à la masturbation. Avec M. Stoltz et d'autres observateurs, je crois que ces excitations peuvent se produire dans toute l'étendue des organes génitaux. Un fait que j'ai observé dans mon service me paraît confirmer cette manière de voir.

Une jeune fille de vingt-sept ans, appartenant à une bonne famille, se présenta à l'hôpital Saint-Louis pour être délivrée, par une opération, des impulsions irrésistibles qui la poussaient à la masturbation répétée. La santé générale était fortement ébranlée, la malade profondément amaigrie. Je pratiquai l'amputation complète du clitoris en enlevant avec le plus grand soin les deux racines du corps caverneux. Pendant quelques mois la guérison parut obtenue ; les excitations voluptueuses ne se produisaient plus que rarement, une ou deux fois par nuit ; l'embonpoint avait reparu. La malade quitta l'hôpital pour retourner dans son pays.

Un an après, elle demanda à entrer dans mon service à la Pitié. Il était survenu de l'incontinence d'urine et des excitations (c'est le mot employé par la malade) très-fréquentes du vagin et du col de l'utérus, excitations qui la portaient à exercer des attouchements sur le col utérin. Depuis huit mois, l'incontinence d'urine a presque disparu, mais tous les traitements possibles ont échoué contre ces excitations, qui, à défaut du clitoris, se produisent maintenant dans les parties profondes des organes génitaux. Cet échec me semble prouver en faveur de l'opinion que j'énonçais en commençant.

M. GIRALDÈS. Je demande à M. Broca de suivre sa malade au point de vue des résultats utiles de l'opération. Comme plusieurs de nos collègues, j'ai vu des enfants se livrer à la masturbation avec une persistance de nature à déjouer toutes les précautions ; un petit malade à qui je venais de désarticuler la cuisse se masturbait pendant qu'on achevait de lui donner les derniers soins. En face de pareils faits, il est permis de douter de beaucoup de moyens.

M. VERNEUIL. M. Richet a-t-il employé chez sa malade un médicament dont l'action, bien qu'empirique, me semble cependant démontrée, je veux parler du bromure de potassium? Je l'employais chez un de mes malades pour obtenir cette insensibilité du voile du palais, si utile à des examens laryngoscopiques prolongés. Au bout d'une dizaine de jours, mon malade vint me trouver, et après un certain nombre de questions embarrassées sur les propriétés géné-

rales du médicament, finit par m'avouer que ses facultés viriles étaient notablement amoindries.

M. RICHET. Je n'ai pas employé le bromure de potassium, M. Trélat l'a administré pendant mon absence; mais j'ai fait usage d'un autre anaphrodisiaque, le sulfure de carbone. Il eut pendant quelque temps une action utile; mais son odeur insupportable et quelques inconvénients de la nature de ceux que signale M. Verneuil chez son malade, éprouvés par les élèves du service, me portèrent à y renoncer bientôt.

M. GUERSANT. J'ai généralement échoué dans mes tentatives pour guérir la masturbation; cependant, j'ai pu dans trois cas réussir à arrêter ces funestes habitudes en instituant une sorte d'opération incomplète du phimosis, dont je prolongeais les pansements pendant six semaines ou deux mois, ou bien chez les petites filles, en réséquant et cautérisant le repli préputial du clitoris. On conçoit que ces opérations avaient surtout un mode d'action moral en inspirant aux enfants un effroi salutaire.

M. MARJOLIN. M. Guersant avait sans doute obtenu le consentement préalable des parents avant de procéder à ces opérations?

M. GUERSANT. Toujours.

M. MARJOLIN. Je crois qu'on empêche bien difficilement la masturbation invétérée. Comme M. Giraldès, j'ai vu des cas où les enfants s'y livrent dans les circonstances les plus exceptionnelles; ainsi je me souviens qu'un petit malade auquel je faisais une injection iodée pour un abcès par congestion, se masturbait pendant l'opération.

M. GUÉRIN. Je veux seulement dire quelques mots de l'action des médicaments dont il vient d'être question.

J'ai observé des accidents graves consécutifs à l'emploi du bromure de potassium : des vertiges, des demi-syncopes, revenant tous les deux ou trois jours, une paralysie des sphincters, avec anesthésie complète de la peau de la face interne des cuisses; enfin une impuissance qui persiste encore aujourd'hui, bien que l'usage du médicament soit absolument interrompu depuis un an; tels sont les phénomènes que j'ai constatés chez un de mes malades.

Cette action du bromure est produite aussi par l'iodure de potassium quand on l'emploie aux fortes doses de 5, 10, 15 grammes. Ces deux sels sont les anaphrodisiaques les plus énergiques que je connaisse; la lupuline est sans action; la digitale ne donne que des résultats bien inconstants.

Tous ces médicaments peuvent faire cesser ou rendre impossible

l'érection, mais non le désir. Une fois, chez une malade de la ville, j'ai totalement détruit le clitoris sans parvenir à éteindre les désirs de masturbation.

Au reste, il faudrait être bien peu anatomiste pour croire que le clitoris est le seul organe de sensibilité sexuelle. Ne sait-on pas qu'il existe à l'entrée de la vulve un vaste appareil érectile, le bulbe du vagin, qui lui aussi peut être le siége d'une sensibilité anormale?

M. BROCA. Je partage jusqu'à un certain point les craintes exprimées par plusieurs de mes collègues, et ces craintes je les ai transmises aux parents de l'enfant. Cependant je ne les considère pas comme suffisantes pour désespérer du succès.

On peut reconnaître deux causes générales à la masturbation : l'une, que j'appellerai génitale, réside dans certaines parties de ces organes; c'est un vice de conformation du prépuce, une hypertrophie du clitoris qui détermine des excitations anormales, et bientôt une habitude de plus en plus fréquente. Une autre cause plus générale a son siége dans la moelle ou le cerveau, et là tout moyen mécanique, toute opération locale, sont à peu près inutiles, car ils ne combattent pas la cause de la masturbation.

Enfin, il existe des cas intermédiaires difficiles à classer. Ma petite malade semble rentrer dans ces derniers. La précocité des habitudes vicieuses, ces expressions érotiques échappées pendant le cours de l'opération, tout cela me fait craindre une influence organique des centres nerveux et aggrave le pronostic.

Néanmoins, ce qui est dangereux, ce qu'il faut à tout prix empêcher dans la masturbation, c'est la fréquente répétition, c'est l'habitude excessive, et je ne puis partager l'opinion de mes collègues qui regardent comme illusoire la barrière que j'ai établie en avant du clitoris. Il y a là un voile épais de plus d'un demi-centimètre qui peut-être, à de rares intervalles et en dehors de toute surveillance, pourra permettre quelques attouchements, mais qui s'opposera à ces incessantes manœuvres qui sont le vrai danger de la masturbation.

Je n'établirai pas ici le parallèle entre l'amputation du clitoris et l'infibulation; l'infibulation est une opération palliative qui réserve l'avenir, tandis que l'amputation du clitoris est une abolition définitive et complète du siége des sentiments voluptueux. D'ailleurs rien, aucun moyen ne réussit en toute circonstance; mais ils peuvent réussir suivant le cas, les indications et dans une certaine mesure; ainsi je pense que M. Richet a rendu un réel service à sa malade en lui amputant le clitoris. Bien que les désirs anormaux ne soient pas éteints, la santé s'est améliorée, l'embonpoint est revenu, les fonc-

tions se sont régularisées ; ce résultat, tout incomplet qu'il est, n'en est pas moins important.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Phocomélie thoracique double. — M. TRÉLAT montre, de la part de M. Follin, qui remettra une note, un homme adulte atteint de ce vice de conformation.

ÉLECTIONS.

Voici le résultat du scrutin relatif aux membres correspondants étrangers :

Sur 24 votants, ont obtenu :

M. Victor Brüns.	22 voix.
M. Melchiori.	24 »
M. Gamgee.	23 »
M. Guérini.	21 »

MM. Melchiori, Gamgee, Brüns et Guerini sont nommés membres correspondants étrangers de la Société de chirurgie.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

Séance du 20 janvier 1864.

Présidence de M. DEPAUL.

Séance annuelle.

M. JARJAVAY, secrétaire général, lit le Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1863.

— M. VERNEUIL prononce l'éloge de Robert.

— M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL nomme les lauréats du *prix Duval.* La Société décerne le prix à M. Maurice Raynaud, pour sa thèse *sur l'asphyxie locale.* Des mentions sont accordées à MM. Colombel et Cazin, pour leurs thèses *sur l'arthrite sèche* et *sur les diverticules de l'intestin.*

Le secrétaire, U. TRÉLAT.

Séance du 27 janvier 1864.

Présidence de M. Depaul, puis de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Au moment de quitter le fauteuil de la présidence, M. Depaul prononce les paroles suivantes :

« Messieurs et chers collègues,

» Il y a un an, à pareille époque, je vous remerciais de l'honneur que vous m'aviez fait en m'appelant à présider vos séances. Aujourd'hui, permettez-moi, en descendant de ce fauteuil, de vous remercier encore pour la bienveillance dont vous m'avez entouré et qui a rendu ma mission si agréable et si facile.

» En remettant l'autorité dont j'étais investi entre les mains du nouveau président, je me félicite du choix que vous avez fait : nul ne sera plus soucieux de la dignité et de la prospérité de notre Société.

» Quant à moi, je vais reprendre ma place au milieu de vous, emportant et conservant précieusement le souvenir du témoignage d'estime que vous m'avez donné. »

M. Depaul invite M. Richet à prendre possession de la présidence.

M. Richet s'exprime ainsi :

« Messieurs et chers collègues,

» En prenant possession de ce fauteuil, permettez-moi de faire appel à votre bienveillance, à cette bienveillance dont vient de parler M. Depaul et qui n'a jamais fait défaut à mon prédécesseur. C'est un insigne honneur que celui de présider la Société de chirurgie de Paris, c'est-à-dire cette réunion d'hommes distingués entre tous et à tant de titres, aussi bien par l'amour de leur art que par leurs talents d'observateurs, de cliniciens et d'écrivains.

» Cet honneur, je le sens, je l'apprécie à sa valeur réelle, et tous mes efforts auront pour but de m'en rendre digne.

» Le calme, la dignité qui président à vos discussions rendront, j'en suis certain, ma tâche facile ; et si je suis assuré de votre bienveillant appui, vous pouvez compter sur mon vif désir de remplir les hautes et importantes fonctions que vous m'avez confiées avec ce zèle et cet esprit de conciliation et d'impartialité qui n'excluent pas la fermeté.

» Je crois être l'interprète fidèle de la Société en lui demandant de voter des remercîments unanimes pour notre honorable président M. Depaul et tous les membres du bureau sortant. »

La Société fait un accueil sympathique à ces deux allocutions.

CORRESPONDANCE.

M. GIRALDÈS dépose sur le bureau le quatorzième volume des *Transactions de la Société pathologique de Londres*. Il signale les faits intéressants contenus dans ce recueil, entre autres une observation de prolapsus de l'uretère dans la vessie; une autre de hernie diaphragmatique chez l'adulte; une tumeur graisseuse du talon; des recherches sur l'état granuleux des reins.

— M. LARREY remet une note de M. Morache *sur la déformation des pieds chez les femmes chinoises*.

M. GIRALDÈS signale l'existence, dans le musée du Collége des chirurgiens de Londres, d'un certain nombre de pieds chinois déformés qui ont été représentés dans une récente publication de M. Flower.

Une commission composée de MM. Bouvier, Larrey et Giraldès examinera le travail de M. Morache et réunira les faits relatifs à la question.

— M. CULLERIER offre à la Société, de la part des auteurs, MM. Belhomme et Martin, un *Traité élémentaire de pathologie syphilitique*, et ajoute que l'état le plus récent de la science est présenté dans ce livre avec une clarté méthodique qui lui assigne un rang utile.

— M. JARJAVAY adresse à la Société une lettre où il la prie d'accepter sa *démission de secrétaire général*, dont ses occupations ne lui permettent plus de remplir les fonctions.

L'élection du nouveau secrétaire général aura lieu dans la prochaine séance.

M. RICHARD désire présenter quelques observations à la Société sur le discours prononcé par M. Verneuil dans la séance annuelle.

Après une courte discussion à laquelle prennent part MM. Broca, Follin, Depaul, Larrey, Verneuil et Forget, la Société décide que les observations de M. Richard et la discussion à laquelle elles pourront donner lieu seront entendues en comité secret, et que ce comité n'étant pas urgent sera fixé à la prochaine séance, pour laquelle il y aura une convocation spéciale.

COMMUNICATION.

Lésion traumatique de l'avant-bras chez les jeunes enfants.

M. VERNEUIL. Dans la séance du 16 octobre 1861, notre savant collègue M. Goyrand (d'Aix) nous a communiqué le résultat de ses longues études sur une lésion de l'avant-bras très-commune chez les

enfants, lésion que tout le monde a observée et observera, mais qui, par une singulière exception, à une époque où le diagnostic anatomique est poussé si loin, n'est point encore localisée, et manque même d'une dénomination précise.

Je fais allusion à cette affection douloureuse née subitement à la suite d'une traction brusque exercée sur le poignet des jeunes enfants, et qui est symptomatiquement caractérisée par la perte des mouvements de la main et de l'avant-bras, avec flexion de ce dernier, pronation permanente, chute de la main, etc.

Aux diverses théories proposées déjà pour expliquer ces symptômes, M. Goyrand en ajoutait une nouvelle. Pour lui, le siége du mal était l'articulation inférieure du cubitus; la cause anatomique était un déplacement du cartilage triangulaire cubito-radial. Le traitement consistait dans une manœuvre destinée à produire la supination forcée, et ce mouvement, qui donne lieu à un claquement subit, amène une guérison immédiate.

Comme la plupart d'entre vous, à cette époque, j'élevai quelques doutes sur la théorie de M. Goyrand; mais comme cet honorable confrère nous conviait à de nouvelles recherches, je me promis à la prochaine occasion de vérifier l'hypothèse nouvelle.

Malgré la fréquence de cet accident, c'est seulement dans ces derniers jours que j'en ai pu rencontrer un nouvel exemple.

Obs. — Le 2 janvier 1864, un enfant de dix mois était assis par terre, à quelque distance de son berceau. Sa mère, le prenant par la main, le fit glisser sur le parquet jusqu'à elle; puis, le saisissant par le poignet gauche, l'enleva brusquement et le déposa sur son lit.

L'enfant accusa aussitôt une vive douleur, et cria beaucoup pendant qu'on le déshabillait. Les vêtements enlevés, on vit que le bras gauche était immobile et pendant, et que chaque mouvement communiqué amenait une recrudescence de cris. La nuit fut agitée.

Le lendemain, les symptômes continuèrent; le bras était inerte. La main, en pronation et fléchie comme s'il y avait paralysie des extenseurs, était impuissante à saisir les objets. Les mouvements provoqués étant toujours douloureux, l'usage d'une écharpe procura du soulagement.

L'enfant ne me fut montré que le 4 janvier, près de quarante heures après l'accident. Il ne criait plus, mais le membre était dans le même état, dans la même attitude qu'au début. L'exploration du coude, faite avec le plus grand soin, est douloureuse, mais ne révèle aucune lésion, aucun déplacement; rien à l'avant-bras, au bras ni à l'épaule. Je porte alors toute mon attention sur l'articulation du poignet, qui à la vue n'offre rien d'anormal. Ici encore le toucher et la mobilisa-

tion font crier l'enfant ; les mouvements de flexion, d'extension, de latéralité, s'exécutent dans toute l'étendue physiologique. Je me mets en devoir de produire la supination forcée, et je place en même temps le pouce et l'index de la main gauche sur l'extrémité inférieure du cubitus. Ici les cris de l'enfant redoublent ; la pronation et la supination moyenne s'effectuent sans peine ; mais en arrivant aux limites de ce dernier mouvement, je rencontre un peu de résistance ; puis subitement, sous les doigts de ma main gauche placés comme je l'ai dit plus haut, je perçois un petit claquement sec, et aussitôt j'obtiens la supination extrême.

Je répète plusieurs fois la même manœuvre ; mais à partir de la première, je ne retrouve plus d'obstacle.

L'enfant criait toujours, de sorte que je ne pus savoir si, comme M. Goyrand l'annonce, la guérison était immédiate. Je fais maintenir l'avant-bras dans la supination forcée au moyen d'une attelle de carton placée sur la face dorsale du membre et maintenue par quelques tours de bande.

L'enfant se calme, et bientôt il donne des preuves de l'efficacité du traitement ; en effet, il se met à agiter son membre de telle façon qu'au bout de quelques heures son petit appareil était tout à fait dérangé. La mère ôte dans la soirée l'attelle et la bande et constate que tous les mouvements volontaires sont rétablis et s'exécutent sans douleur. Le lendemain, à la visite, je m'assure à mon tour que l'accident n'a pas laissé de traces.

Veuillez remarquer, Messieurs, que la communication de M. Goyrand renferme trois points distincts : 1° une théorie anatomique, la luxation du cartilage ; 2° une localisation précise, l'articulation cubitale inférieure ; 3° enfin une manœuvre thérapeutique simple, prompte et capable, suivant l'auteur, d'amener une guérison instantanée. Je ne veux rien dire de la théorie, et je ne saurais avec un fait ni l'infirmer ni l'étayer.

Mais l'intérêt clinique reste tout entier. Il me paraît évident, en effet, que dans l'observation précédente la lésion siégeait au niveau de l'articulation inférieure du cubitus. Le signe indiqué par M. Goyrand n'était pas moins facile à percevoir. Enfin l'action de porter la main en supination forcée a suffi pour mettre un terme à des accidents qui dataient de près de deux jours et qui n'avaient aucune tendance à disparaître.

Il restera toujours acquis que le procédé de M. Goyrand peut abréger beaucoup la durée d'une affection légère à la vérité, mais qui inquiète toujours le chirurgien et les parents.

M. GIRALDÈS. Dans sa communication de l'année dernière, M. Goy-

rand cherchait à démontrer que le désordre décrit par M. Verneuil était produit par une luxation du cartilage triangulaire du poignet. Au nom de l'anatomie, je m'inscrivis en faux contre cette manière de voir et je me promis de ne négliger aucune occasion de contrôler mes prévisions par l'observation clinique. Celle-ci ne m'a pas fait défaut dans mon service de l'hôpital des Enfants, et j'ai pu me convaincre, dans nombre de cas, que les idées de M. Goyrand n'avaient pas la sanction des faits. La manœuvre que je pratique et qui consiste à porter l'avant-bras dans la supination exagérée et ensuite dans la flexion forcée, réussit aussi bien que celle que conseille M. Goyrand, et j'ajouterai même qu'on sent très-bien, quand la flexion s'achève, un léger mouvement qui s'effectue à la partie supérieure externe de l'avant-bras.

M. VERNEUIL. Je n'ai voulu apporter aucun appoint à la théorie anatomique de M. Goyrand; mais en présence d'un fait clinique très-précis, j'ai pensé qu'il y avait lieu de le faire intervenir dans l'examen d'une question qui prête à la controverse et qui est encore loin d'une solution définitive ; or, j'ai très-nettement perçu une crépitation qui se produisait sous mon doigt, appliqué sur le poignet au moment de la réduction. Cette constatation positive ne saurait être sans valeur.

M. MARJOLIN. Tous les faits que j'ai observés depuis un an à l'hôpital Sainte-Eugénie me semblent plaider en faveur des idées qui viennent d'être énoncées par M. Giraldès. C'est bien, comme il l'a dit, au niveau de la tête du radius qu'on sent la crépitation ou le craquement qui accompagne la réduction. Cette crépitation se propage le long du membre, peut être perçue assez loin de son origine, et a pu induire en erreur des observateurs non prévenus. Au reste, j'ai recueilli un certain nombre d'observations, et je les communiquerai à la Société si la discussion se prolonge.

M. CHASSAIGNAC. Depuis un an, j'ai suivi avec soin les faits qui se sont présentés à mon observation ; j'ai soumis tous les enfants que j'ai vus au mouvement de réduction indiqué par M. Goyrand, et j'ai vu que ce mouvement n'annonçait pas la cessation des symptômes, qui d'ailleurs vont s'affaiblissant pour disparaître au bout de quelques jours. Je les considère comme appartenant à une paralysie incomplète. Il ne faut pas conclure de la crépitation à une luxation ; toutes les articulations peuvent produire une crépitation plus ou moins forte quand on leur fait exécuter certains mouvements.

M. MARJOLIN. Neuf fois sur dix la réduction fait cesser toute douleur et restitue les mouvements. Il ne faut pas s'en laisser imposer par la frayeur difficile à vaincre des petits malades, qui ont peur de

souffrir encore dès qu'on fait un geste pour saisir leur bras. Si la guérison s'opère assez souvent spontanément, il est rationnel de supposer que le malade lui-même ou ses parents auront involontairement réduit un déplacement qui n'offre que peu de résistance. Ces cas-là sont évidemment différents de ceux qu'a observés M. Chassaignac, et qu'il rapporte à une paralysie.

M. CHASSAIGNAC. Une luxation qui se réduirait si souvent spontanément, qui guérirait toujours, quel que fût le traitement institué, serait une luxation bien spéciale et bien exceptionnelle, à tel point que jusqu'ici je me suis refusé à considérer ces désordres comme produits par un déplacement articulaire.

LECTURE.

M. BOINET lit un travail sur un kyste du foie traité avec succès par la ponction, les sondes à demeure et l'injection iodée (1).

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Tumeur fibro-plastique du fémur. Fracture spontanée. — M. RICHET présente le membre inférieur d'un homme amputé pour une tumeur de la partie inférieure du fémur, et donne les renseignements suivants :

Le malade est âgé de trente-six ans ; il y a cinq mois environ, en passant derrière une voiture et sans être touché par elle il éprouva une vive douleur et tomba sur le sol sans pouvoir se relever. Il était atteint d'une fracture du fémur à la partie inférieure, qui nécessita son transport dans mon service à la Pitié. En présence de cette étiologie insolite, je pensai tout d'abord à une fracture spontanée ; cependant on pouvait croire que la chute avait précédé et causé la fracture, d'autant plus que les fonctions du membre étaient bonnes avant l'accident.

Un appareil fut appliqué et maintenu en place pendant un mois ; nulle consolidation. Après une nouvelle quinzaine, on remplace le premier appareil par un bandage inamovible qui reste appliqué pendant trois semaines. On pouvait alors percevoir un travail de consolidation des plus manifestes. Je cessai de voir bien régulièrement ce malade, le considérant comme convalescent. Cependant il me fit un jour remarquer que le cal semblait augmenter de volume et prendre une forme un peu irrégulière. Dès lors mon attention fut éveillée, et je vis graduellement se développer une tumeur dépressible

(1) Ce travail a été publié intégralement dans les n°s 6 et 7 de la *Gazette hebdomadaire*, 1864, pag. 84 et 97. C'est sur cette publication qu'ont roulé les discussions de la Société. (*Note du secrétaire.*)

qui occupait la partie supérieure et interne de l'articulation du genou.

A cause de la lenteur du développement, de sa régularité et du travail de réparation osseuse qui avait eu lieu, je penchais pour l'idée d'une tumeur à myéloplaxes. M. Gosselin, à qui je fis voir ce malade, partagea mon appréciation, et me dit qu'il n'avait jusqu'ici observé qu'un seul cas analogue à celui-ci.

Après une hésitation bien naturelle, le malade accepta l'amputation, qui était la seule ressource utile. Je la pratiquai, il y a trois semaines, par la méthode à un lambeau, en remontant aussi haut que possible, de crainte que le canal médullaire ne fût envahi dans une notable hauteur par le produit morbide.

M. Robin a examiné la tumeur, et a reconnu qu'elle est formée d'éléments fibro-plastiques.

Jusqu'ici le malade va bien ; mais je crains la récidive, où mieux la généralisation du néoplasme, et cette crainte est accrue par la présence dans les veines articulaires et jusque dans la veine poplitée de tissu de nouvelle formation, qui apportait un obstacle suffisant à la circulation veineuse pour causer un œdème considérable de toute la jambe.

J'ai tenu à présenter aujourd'hui cette pièce déjà un peu ancienne ; dès que l'observation sera complète, je la communiquerai à la Société.

M. LARREY demande si avant l'accident un signe quelconque du côté du genou pouvait faire prévoir l'existence des altérations.

M. RICHET dit que depuis plus de six mois le malade éprouvait, à intervalles irréguliers, des douleurs qu'on avait attribuées au rhumatisme.

M. BROCA partage les craintes de M. Richet au sujet de la généralisation. L'apparition de tumeurs viscérales est fréquente quand les veines ont été envahies par le produit morbide.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

Séance du 3 février 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les journaux mensuels et hebdomadaires de médecine et de chirurgie.

— M. CHASSAIGNAC dépose sur le bureau, de la part du Dr Küchler (de Darmstadt) un travail *sur la périnéoplastie* dans les cas de déchirure du périnée et de prolapsus utérin. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Follin, Richard et Giraldès.

— M. LARREY présente au nom de leurs auteurs les ouvrages suivants :

Etudes statistiques sur les varices et le varicocèle, par le docteur Sistach, médecin-major des hôpitaux militaires.

— *Traité élémentaire d'anatomie appliquée à la gymnastique,* par le docteur Ricque, médecin aide-major à l'école de gymnastique de Vincennes.

— *Note sur l'étude des tumeurs*, par le docteur Sarazin, aide-major agrégé à la Faculté de Strasbourg.

— Discours prononcé à l'Académie de médecine par le président sortant, M. Larrey.

COMMUNICATION.

Situation de l'S iliaque dans le cas d'imperforation anale. — M. VERNEUIL. On me présenta il y a quelque temps, dans mon service à Lourcine, un petit enfant né avant terme, à sept mois et demi environ. Depuis sa naissance, arrivée la veille, il n'avait pas rendu de méconium, le ventre était tendu, ballonné; je dus examiner la région anale, soupçonnant un vice de conformation. L'anus était de forme régulière, dilatable et plissé; je pus sans difficulté y introduire un stylet, mais, après un trajet de 15 à 20 millimètres, celui-ci fut arrêté dans sa marche comme s'il butait dans un cul-de-sac. Cependant, après quelques manœuvres, le stylet s'engagea dans une sorte de conduit assez étroit et ramena quelques traces de méconium à son extrémité boutonnée. Je diagnostiquai un rétrécissement du rectum dont la hauteur restait indéterminée. Le mauvais état de l'enfant, sa faiblesse native, tout me détournait d'une intervention chirurgicale bien inutile.

La mort eut lieu le jour même.

Je voulus profiter de cette occasion pour contrôler les opinions si diverses émises dans le sein de la Société sur la situation de l'S iliaque chez les enfants imperforés. Je simulai donc l'opération de Littre du côté gauche; après avoir repoussé une anse d'intestin grêle, je trouvai le gros intestin occupant sa position normale et rempli d'un méconium très-épais. Une fois cette portion intestinale traversée par un fil, j'ouvris le ventre pour vérifier les rapports, et je pus reconnaître que j'avais incisé le gros intestin à la jonction du côlon descendant avec l'S iliaque; que très-peu au-dessous de mon incision com-

mençait un rétrécissement brusque et très-serré, s'étendant jusqu'au voisinage de l'anus, rétrécissement perméable cependant dans toute son étendue ; que le côlon descendant et l'S iliaque, quoique longue et très-flexueuse, occupaient leur position normale dans l'hypochondre et la fosse iliaque gauche; qu'on les aurait donc cherchés en vain si on avait pratiqué l'incision des parties molles au côté droit. Une anse d'intestin grêle accidentellement remplie de méconium et gonflée dans une certaine étendue aurait pu, au premier abord, en imposer pour le gros intestin et faire croire à la présence de l'S iliaque à droite ; mais cette erreur eût été bien vite reconnue ; ce n'est d'ailleurs qu'un détail d'autopsie utile à connaître pour le cas où on rencontrerait une disposition semblable.

ÉLECTIONS.

Élection du secrétaire général.

28 membres de la Société prennent part au vote. M. Legouest obtient 19 voix ; M. Verneuil, 6 voix ; M. Marjolin, 2 voix ; MM. Depaul et Richard, chacun 1 voix.

En conséquence, M. Legouest est nommé secrétaire général de la Société de chirurgie ; sur l'invitation de M. le président, il prend place au bureau et adresse à la Société les paroles suivantes :

Messieurs,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en me nommant secrétaire général. Je suis loin d'ignorer, la Société n'ignore pas, et mes honorables prédécesseurs savent mieux que personne que cet honneur est un assez lourd fardeau. Je ne le décline pas ; je ferai tous mes efforts pour justifier votre choix, et j'espère que vous voudrez bien m'accorder l'indulgence due aux hommes de bonne volonté.

Élection de la commission des congés.

Sont nommés membres de cette commission : MM. Boinet, Giraldès et Dolbeau.

Commission des comptes.

Cette commission, dont les membres sont indiqués par le sort, se compose de MM. Morel-Lavallée, Velpeau, Cloquet, Blot et Boinet.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire, U. TRÉLAT.

Séance du 10 février 1864.

Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les numéros hebdomadaires des journaux de médecine;

Le *Montpellier médical*, février 1864 ;

Le *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, nos 9 et 10 du tome VI, deuxième série, 1863.

— Un ouvrage de M. le docteur Maurice Herczeghy, chirurgien-major de l'armée méridionale d'Italie, etc., intitulé *La femme au point de vue physiologique, pathologique et moral.* L'auteur demande le titre de membre correspondant.

— Une lettre de M. le docteur Gaillard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, membre correspondant, accompagnée de deux brochures intitulées, l'une : *Etude sur la contraction musculaire à propos du jugement de la croix, des affections simulées et des luxations;* l'autre, *Etudes sur la sensation de pesanteur qui accompagne les affections utérines.*

— M. DEPAUL offre à la Société ses *Nouvelles recherches sur la véritable origine du virus-vaccin.*

— M. LARREY dépose sur le bureau, au nom de MM. Morel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, et Villemin, professeur agrégé à l'École impériale du Val-de-Grâce, un *Traité élémentaire d'histologie humaine, normale et pathologique*, précédé d'un *Exposé des moyens d'observer au microscope.*

— M. CHASSAIGNAC offre à la Société, au nom de M. le docteur Pertusio Gaëtano, chirurgien de l'hôpital des Saints-Maurice-et-Lazare, de Turin : 1° une brochure intitulée : *Tre osservazioni per servire alla storia dell'eterrizzazione applicata alla cura del tetano;* 2° une seconde brochure, *Sonda a grondaia scanalata per la chelotomia;* avec l'instrument, sur lequel M. Chassaignac est chargé de faire un rapport.

— M. Heurtaux (de Nantes) adresse un travail intitulé : *Observation de cancer ostéoïde du sein; remarques sur les tumeurs de cette noture* (avec deux planches).

M. Heurtaux demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant; son travail est renvoyé à une commission composée de MM. Boinet, Dolbeau et Guyon.

DISCUSSION.

Thérapeutique des kystes hydatiques du foie.

M. GIRALDÈS. J'ai lu dans la *Gazette hebdomadaire* le travail que M. Boinet nous a communiqué, et, bien que la publication ne soit pas encore complète, je puis présenter quelques observations sur différents points qui m'ont frappé.

Je suis bien persuadé que c'est un *lapsus calami* qui a fait écrire à M. Boinet : Procédé nouveau et sûr. Personne ne peut affirmer qu'un procédé opératoire réussira toujours sans accident, et cette affirmation est encore bien plus hasardée pour les kystes du foie.

Le travail de notre collègue se compose d'une observation clinique importante et de déductions dogmatiques. J'accepte le fait comme très-intéressant, mais les déductions me semblent critiquables. M. Boinet considère son procédé comme nouveau; je me demande pourquoi? Tous les chirurgiens ne font-ils pas tous les jours des ponctions capillaires, des applications de potasse caustique, des ponctions avec un gros trocart, des lavages iodés? Ces manœuvres ont été souvent employées par M. Nélaton, et moi-même j'y ai eu recours l'année dernière à l'hôpital des Enfants. Pendant le traitement, M. Boinet a cru devoir faire une contre-ponction par laquelle il a fait repasser la sonde. Je ne vois guère de nouveauté que cette contre-ouverture; mais cela vaut-il la peine de surcharger la science d'un procédé déclaré nouveau pour une si petite modification?

Mais M. Boinet va plus loin; il ajoute qu'à l'avenir on guérira sûrement les kystes du foie, et que les chirurgiens timides pourront s'enhardir et opérer sans crainte. Or, sur quoi se fonde-t-il? Sur deux faits. Ne se rappelle-t-on pas que Charles Bell affirmait, lui aussi, que les pilules d'huile de croton guérissaient la névralgie faciale? Il avait recueilli cent observations favorables, mais il se trouva que bientôt le précieux médicament cessa d'agir, et la liste des succès fut arrêtée pour toujours.

Je ne dis pas que d'autres procédés soient supérieurs à celui qu'a suivi M. Boinet; mais, si on voulait raisonner sur le nombre des guérisons, on trouverait, sans aucun doute, un nombre de faits en faveur des ponctions simples, de l'incision, de l'injection, plus grand que celui qu'invoque notre collègue.

En résumé, le travail de M. Boinet n'autorise pas à dire que

désormais on n'a plus à s'effrayer des kystes du foie, qu'on possède un procédé certain de guérison. Est-ce que ces énormes kystes occupant presque toute la cavité abdominale, comme celui qu'a cité M. Dolbeau, comme ceux qu'on trouve mentionnés dans le traité de Frerichs, n'échappent pas à toute thérapeutique chirurgicale ?

M. DOLBEAU. Les observations précédentes de M. Giraldès me paraissent avoir l'assentiment de la Société, et me permettront d'être court.

Les kystes hydatiques du foie constituent une affection grave, à marche insidieuse, à signes souvent incertains, et leur traitement chirurgical me paraît, non comme manœuvre, mais comme conduite, une des choses les plus laborieuses et les plus difficiles à instituer, surtout chez les adultes. Les enfants, en effet, guérissent parfois, comme c'est le cas pour la petite malade de M. Boinet, en échappant aux accidents les plus graves.

Je pense que très-souvent on ne doit rien faire contre ces kystes. Les uns marchent avec une extrême lenteur, d'autres guérissent spontanément par irruption de la bile dans leur cavité. J'ai cité des exemples de ce mode de guérison, et on peut le constater par les recherches cadavériques faites dans les hôpitaux de vieillards.

Les kystes multiples sont loin d'être rares, et rendent la thérapeutique chirurgicale illusoire. En somme, je trouve de nombreuses contre-indications, et je crois que la Société devrait surtout chercher à préciser les indications opératoires. Pour ma part, je n'en vois guère qu'une seule bien nette, c'est l'inflammation du kyste, cause imminente de rupture. M. Cadet-Gassicourt a montré dans sa thèse que ces ruptures peuvent avoir lieu dans tous les organes voisins du foie, et il a insisté sur leur extrême gravité. Dans ce cas, je comprends qu'on intervienne pour éviter un accident imminent.

Pour ce qui est relatif à la manière de procéder, j'approuve l'emploi de la canule volumineuse, et je l'ai amplement indiqué dans les six observations que renferme ma thèse inaugurale, en grande partie rédigée d'après les leçons de mon maître M. Nélaton.

M. RICHARD. Comme M. Dolbeau, je suis effrayé des accidents qui menacent les individus atteints de kystes du foie ; mais je n'irais peut-être pas aussi loin que lui, et je crois qu'en agissant de bonne heure, la chirurgie peut être utile dans certains cas.

Je ferai, en passant, une remarque importante : on semble confondre sous une même expression deux choses très-dissemblables, les lavages à l'eau ou à l'eau iodée, et les injections. Ce sont là des méthodes absolument différentes sous bien des rapports, et je me suis

toujours attaché à les bien distinguer dans l'expression et dans la pratique.

Au milieu de nombreux désastres dont j'ai été témoin, j'ai pu cependant observer quelques cas favorables. Chez une femme que j'avais opérée autrefois par la méthode ordinaire, un nouveau kyste se développa; je fis une injection de 5 ou 6 grammes d'alcool pur à 40°. Il y eut très-peu de douleur, pas de phénomènes généraux, et la guérison fut obtenue. Une seule injection iodée me donna le même résultat chez un jeune enfant du service de M. Guersant, que je remplaçais. J'ai longtemps gardé à l'hôpital Cochin un homme qui y était entré dans le plus mauvais état, pour se faire soigner de kystes multiples du foie. Je ponctionnai et j'injectai plusieurs fois ces kystes. Les uns n'ont pas reparu, d'autres ont été le siége de phénomènes inflammatoires; toujours est-il que le malade a quitté l'hôpital avec un foie moins volumineux qu'auparavant, et dans un état de santé général satisfaisant.

En résumé, j'indique ces deux points : Il ne faut pas confondre les deux méthodes de l'injection et des lavages. Je ne partage pas l'anathème qu'a prononcé M. Dolbeau contre l'intervention chirurgicale dans les kystes du foie.

M. BOINET. M. Giraldès a surtout blâmé l'expression que j'avais employée : procédé sûr; il m'a reproché l'insuffisance de mes deux observations. Notre collègue aurait dû voir cependant que c'est en m'appuyant sur de nombreuses observations de kystes de l'ovaire que je suis arrivé à employer le procédé que j'ai décrit pour les kystes du foie; procédé qui, je le maintiens, est bien réellement nouveau pour ce cas particulier.

Ai-je dit que je suis certain de réussir dans tous les cas? Non, loin de là, puisque, allant au-devant du désir de M. Dolbeau, je formule des indications, et que j'insiste sur la nécessité d'opérer de bonne heure, lorsque les kystes sont encore petits, non adhérents, et de ne pas attendre que par leur volume ou leur multiplicité ils échappent à la thérapeutique.

Quant au procédé que j'ai employé, j'en maintiens l'utilité, je dirai même la nécessité. Le procédé de Récamier est loin d'être toujours suffisant. Parfois, comme chez ma petite malade, il est absolument inapplicable. Il fallait, chez elle, agir vite; c'est pour cela que je me décidai à faire une grosse ponction suivie de l'application immédiate d'une sonde d'égal volume.

MM. Giraldès et Dolbeau disent que M. Nélaton s'est le premier servi de cette sonde; mais je l'avais employée dès 1851 chez une malade que je traitais dans le service de M. Briquet, à la Charité. Cette

sonde, qui remplit exactement l'orifice de la ponction, et dont on augmente le volume à mesure que cet orifice se dilate, oppose une barrière certaine à l'épanchement redoutable du liquide hydatique dans l'abdomen. Mais, quel que soit le calibre de la sonde, les vésicules hydatiques ne peuvent pas sortir par cette voie étroite; aussi ai-je dû, après l'établissement des adhérences autour de la sonde, pratiquer une incision qui a permis la complète évacuation du kyste et la guérison définitive en moins d'un mois.

Quant à la guérison des kystes par le contact de la bile, malgré l'opinion de M. Dolbeau et les faits cités par M. Leudet, je crois que rien ne permet d'attribuer à la bile un rôle curatif. Les kystes guérissent; cette guérison peut parfaitement être spontanée et indépendante de l'action de la bile.

Je n'ai pas fait la confusion dont a parlé M. Richard. Je distingue l'injection simple des injections répétées ou lavages; ces procédés ont des indications différentes. L'injection qui peut suffire dans certains cas ne suffit plus dans d'autres, lorsque, par exemple, le kyste s'enflamme et contient un liquide purulent.

M. DOLBEAU. Je n'ai pas lancé d'anathème contre l'intervention de la chirurgie dans les kystes du foie. Je crois qu'il faut opérer certains kystes, mais je trouve que les faits cités par M. Richard pourraient facilement être invoqués à l'appui de l'abstention dans le plus grand nombre des cas. Sa première malade a eu une récidive, et le malade de l'hôpital Cochin a éprouvé des accidents sérieux et est loin d'être guéri.

M. Boinet prétend que lorsqu'on trouve à l'autopsie des masses molles et jaunes constituées par une sorte de bouillie épaisse, cela ne prouve pas que ce soit le résultat de kystes hydatiques guéris par le contact de la bile. Si M. Boinet avait pris connaissance de ces faits dans tous leurs détails, il aurait vu que cette bouillie jaune renferme les éléments de la bile, ainsi que le prouve l'analyse chimique; que, d'autre part, dans ces conditions, les conduits biliaires s'ouvrent directement dans la cavité, ce dont témoignent les injections.

C'est précisément la connaissance de ce mode de guérison et sa fréquence qui me portent à combattre le précepte de M. Boinet, qu'il faut opérer les kystes dès qu'on les reconnaît. Je veux qu'on ne néglige pas les chances de guérison spontanée.

M. VELPEAU. Quand on oublie le point de départ des questions scientifiques, celles-ci tendent à s'égarer et peuvent retomber dans les anciennes erreurs. Je ne veux ici toucher qu'un point restreint de la question, point dans lequel j'ai presque un intérêt personnel, je veux parler de la confusion signalée par M. Richard entre l'injection

et les lavages répétés. Déjà, il y a longtemps, dans mon mémoire sur les injections dans les cavités closes et dans une foule d'autres écrits, j'ai lutté contre cette confusion de termes qui avait produit une véritable erreur de thérapeutique. En effet, chacun sait avec quelle énergie Boyer repoussait les injections dans l'articulation du genou pour les cas d'hydarthrose; cela pouvait donc passer pour une grande audace à moi de venir les proposer à nouveau. C'est qu'en étudiant les faits de Boyer, j'avais vu qu'il laissait l'articulation ouverte au lieu de pratiquer une opération qui, une fois achevée, laisse la cavité articulaire aussi bien close que dans l'état normal. Je pensai qu'il y avait là deux choses fort différentes, et le résultat le montra bien, puisque l'une, les injections libres, est pleine de dangers, tandis que l'autre n'est guère plus grave que la ponction et l'injection d'une hydrocèle.

Je crois donc qu'il est nécessaire de ne pas retomber dans une confusion fâcheuse, et de conserver le nom de méthode par injection dans les cavités closes à l'injection faite une fois pour toutes, l'ouverture étant fermée immédiatement après.

M. GIRALDÈS. M. Boinet se trompe sur la portée des objections que nous lui avons adressées. Personne ici n'a attaqué la manière dont il a institué le traitement de sa malade. Ce que j'ai attaqué, ce sont les conclusions : je dis que le procédé suivi n'a pas les caractères de sûreté et de nouveauté que lui assigne M. Boinet. Il a employé, dit-il, la sonde à demeure dès 1851 dans le service de M. Briquet; mais on peut voir dans le mémoire de M. Moissenet que Rees avait suivi cette pratique en 1848. Sur ce détail, pas plus que sur la contre-ponction et sur la manière de provoquer des adhérences, M. Boinet ne peut prétendre à la nouveauté du procédé.

VACANCE D'UNE PLACE DE MEMBRE TITULAIRE.

M. LE PRÉSIDENT déclare la vacance d'une place de membre titulaire. Dans un mois, une commission sera nommée pour examiner les titres des candidats.

COMMUNICATION ET PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Ulcération de l'artère fémorale dans un moignon, à 3 centimètres au-dessus de la ligature, n'ayant occasionné aucun accident, et reconnue seulement lors de la dissection du moignon quarante-neuf jours après l'amputation. — M. RICHET. L'ulcération des artères est une lésion rare, si rare qu'il en existe à peine quelques exemples authentiques et bien démontrés. Je ne veux pas parler, bien entendu, de

l'ulcération assez fréquente du tube artériel serré par une ligature et pouvant donner lieu à des hémorrhagies consécutives, ni de cette ulcération des parois artérielles par du pus en contact avec elles, qui n'est pas encore fort rare, mais de cette *ulcération* que j'appellerais volontiers *spontanée*, parce qu'elle est le résultat d'un travail ulcératif ayant son point de départ dans les parois artérielles elles-mêmes. C'est un cas de ce genre que je veux soumettre à la Société, et tout d'abord je dois dire que c'est pour ainsi dire le hasard qui me l'a fait découvrir, en ce sens que rien dans les symptômes ne pouvait faire prévoir cette lésion pendant la vie, et que si je n'avais pas disséqué le moignon de cet amputé avec autant de soin, elle aurait certainement passé inaperçue.

Voici le fait :

Hippolyte-Auguste F..., âgé de soixante ans, chaudronnier, est couché salle Saint-Gabriel, nº 12, à la Pitié. Ce malade, atteint d'une tumeur blanche du genou gauche, est amputé le 13 décembre 1863; il meurt le 1er février 1864, d'une infiltration tuberculeuse occupant les deux poumons.

L'amputation, faite par la méthode à deux lambeaux, offrit ceci de particulier, que l'artère fémorale, d'un volume considérable, était ossifiée au point de former un tube béant, dont les parois rigides n'avaient aucune tendance à s'affaisser et ne pouvaient être aplaties sans faire entendre une sorte de crépitation sèche, comme si on brisait une coquille d'œuf. Cette particularité ne laissa pas que de m'inquiéter beaucoup, car je craignais que la ligature venant à couper hâtivement les parois artérielles, il n'en résultât une hémorrhagie secondaire à la chute du fil. Il n'en fut rien. La plaie marchait vers une cicatrisation régulière, lorsque sans cause et tout à coup cette cicatrisation se ralentit, et bientôt l'extrémité inférieure du fémur tendit à faire saillie à la partie antérieure et externe du moignon. Un appareil contentif fut appliqué. Malgré toutes les précautions prises, la peau rougit, s'ulcéra, et le fémur apparut au dehors, perforant la base des lambeaux antérieurs. Un pus fétide, mal lié, s'écoula abondamment par le passage que s'est frayé le fémur et par deux solutions de continuité de la cicatrice cutanée.

Le malade s'affaiblit de jour en jour, est pris de fièvre hectique et meurt le 1er février. J'étais très-désireux d'examiner le mode de cicatrisation de l'artère et de me rendre compte du travail qui avait mis efficacement obstacle au cours du sang, je procédai donc à la dissection du moignon avec un très-grand soin.

L'autopsie fut faite le 2 février, et nous permit de reconnaître la présence d'une infiltration tuberculeuse dans les deux poumons. Je

n'ai rien à dire de particulier sur ces altérations, survenues avec une rapidité surprenante pendant les quinze derniers jours de la vie du malade.

Le moignon est flasque, aplati à sa partie inférieure et antérieure ; l'extrémité du fémur, qui a perforé les téguments amincis, fait une saillie de 2 centimètres.

Toute la masse charnue s'est portée en bas et en dedans du fémur, tandis que celui-ci, attiré par les muscles fessiers, s'est porté en haut et en dehors.

La cicatrice du moignon est presque complète ; elle est formée par un tissu dur, comme cartilagineux, et dépasse de 3 centimètres l'extrémité de l'os. Ce fait prouve bien que les muscles n'ont subi ni exercé aucune rétraction.

En disséquant le moignon, l'on voit que toutes les parties voisines de la cicatrice viennent se confondre avec elle : peau, tissu cellulaire, muscles, plongent en quelque sorte dans ce tissu nouveau et lui adhèrent intimement. Les muscles ne présentent aucune altération ; ils ne sont ni plus rouges ni plus denses qu'à l'ordinaire ; un tissu adipeux abondant occupe leurs interstices.

En deux points seulement la désunion des parties n'est pas complète ; en effet un petit foyer purulent entoure le fémur au point où il a perforé le lambeau antérieur, et un second foyer remonte à 2 centimètres le long de la gaîne des vaisseaux, sans cependant atteindre la cicatrice vasculaire.

L'artère, la veine fémorale et le nerf saphène interne sont réunis entre eux dans un espace de 5 centimètres par un tissu blanc mat, dur et assez résistant pour rendre difficile la dissection et l'isolement des vaisseaux et du nerf. Le cylindre artériel est rigide, parsemé de plaques athéromateuses et dures, et ne s'affaisse pas. Inférieurement, l'artère présente un renflement considérable terminé par une portion effilée. Ce renflement, isolé avec soin de la veine, laisse voir en arrière une ulcération circulaire de 2 millimètres de diamètre, située à 3 centimètres au-dessus de la terminaison de l'artère, qui pénètre jusque dans le calibre du vaisseau ; on y voit au centre une plaque athéromateuse saillante, qui semble la cause de l'altération de la paroi vasculaire. L'extrémité inférieure de l'artère est remplie par le caillot obturateur.

Dans la position normale, ce pertuis se trouvait oblitéré par la veine remplie de caillots, car cette veine, adhérant à la partie postérieure de l'artère, formait un bouchon à l'orifice artériel.

L'artère, fendue dans toute sa longueur, offre une coloration normale à sa partie supérieure, c'est-à-dire vers la naissance de la fé-

morale profonde ; mais à partir de ce point, la coloration rouge va en augmentant jusqu'au bouchon fibrineux qui obture ce vaisseau. Ce caillot fibrineux, long de 3 centimètres, est feuilleté, décoloré supérieurement, rouge au contraire inférieurement ; enfin la portion du caillot qui correspond à la terminaison effilée du vaisseau est gris ardoisé, et présente évidemment un commencement d'altération. La partie supérieure du caillot adhère seule à l'artère dans une étendue d'un centimètre.

Les parois de l'artère dans le point correspondant à la ligature sont très-adhérentes, et ne paraissent avoir subi aucune altération.

Quant à la veine fémorale, elle aussi présente à son extrémité inférieure une altération remarquable. Sur la partie antérieure de son extrémité terminale et correspondant exactement à la face postérieure de l'artère ulcérée, existe une tache arrondie, gris ardoisé, et en ce point un amincissement considérable de la paroi veineuse, qu'une traction légère suffit à rompre. Il nous semble même qu'il existe un pertuis au centre de la tache.

Dans la veine comme dans l'artère, le caillot n'adhère à la face interne du vaisseau que par sa partie supérieure ; inférieurement, il est grisâtre et en voie d'altération.

Avec cet état cicatriciel des vaisseaux, il est aisé de comprendre qu'une hémorrhagie pouvait avoir lieu.

Comment les choses se seraient-elles passées ? Les parties molles étant complétement cicatrisées à plus d'un centimètre au-dessous des vaisseaux, le sang, au moment de la rupture vasculaire, ne se serait certainement pas épanché au dehors ; il n'y aurait pas eu de véritable hémorrhagie consécutive : c'est un anévrysme diffus qui se serait formé ; ou bien, et c'est là ce qui nous paraît le plus probable, grâce au travail ulcératif et adhésif des parois veineuses et artérielles, une communication se serait établie entre les deux vaisseaux, et l'on aurait eu un anévrysme artério-veineux, ou mieux une varice anévrysmale.

Les nerfs du moignon ne donnent lieu à aucune observation spéciale.

Le saphène interne adhère à la gaîne des vaisseaux dans une étendue de quelques centimètres, et se termine par un renflement de consistance fibreuse qui se confond avec les parties voisines. Il en est de même du nerf sciatique, avec cette particularité cependant que les fibres semblent s'écarter en faisceau avant leur réunion au tissu de la cicatrice.

Enfin, l'extrémité du fémur présente une virole osseuse en voie d'élimination. Le canal médullaire est oblitéré par un bouchon dur,

au-dessous duquel on trouve le tissu réticulé du fémur parfaitement sain.

M. RICHET observe que la perforation a été causée par la petite plaquette athéromateuse qu'on voit encore engagée dans l'ouverture de l'artère, et juste en face de celle de la veine.

M. BROCA dit que la formation d'un anévrysme artério-veineux suivant le mécanisme indiqué par M. Richet serait bien exceptionnelle. D'habitude, ces anévrysmes des moignons d'amputation se développent dans le sac accidentel que forme la ligature commune à l'artère et à la veine.

M. BLOT pense que l'état inflammatoire de l'artère et de ses parois, rendu évident par le ramollissement du caillot, a sans doute favorisé l'action de la plaque athéromateuse.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

Séance du 17 février 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de médecine.

—*Studi clinici sul virus sifilitico.* Turin, 1863 ; par M. C. Sperino, membre correspondant.

— Une lettre et un mémoire autographié de M. Verrier sur les *difformités de la taille.*

— Une brochure de M. le docteur Félix Bron intitulée *Incision des rétrécissements de l'urèthre. Nouvel uréthrotome*, etc. Lyon, 1859. Cette brochure est accompagnée d'une lettre où l'auteur réclame la priorité de l'uréthrotome présenté à la Société par M. Trélat dans la séance du 17 juin 1863.

M. TRÉLAT fait remarquer que la seule analogie qui existe entre l'instrument de M. Bron et le sien, c'est l'articulation de la lame ; qu'il a signalé cette analogie lors de sa présentation, qu'en dehors de ce point il n'y a aucune similitude ni dans la disposition ni dans la

manœuvre des deux instruments; qu'en conséquence la réclamation de M. Bron est sans objet.

— M. GIRALDÈS présente, au nom de M. Holmes Coote (de Londres), membre correspondant, un mémoire manuscrit intitulé *Contribution à la pathologie des exostoses, avec figures, d'après les pièces déposées au musée de l'hôpital Saint-Barthélemy.*

M. Giraldès est chargé de rendre compte de ce mémoire.

Instruments. — M. SALES-GIRONS envoie le petit appareil dont nous donnons ici la figure.

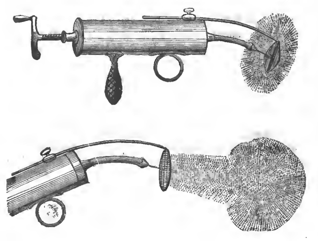
Il a pour objet de rendre possibles et faciles les applications topiques des liquides actifs dans les cas d'angines et de laryngites chroniques.

L'instrument est une petite seringue qui pulvérise le liquide sur le miroir laryngoscopique lui-même.

Lorsque ce miroir est placé au fond de la bouche de manière à mettre en vue le pharynx et la glotte, il suffit d'un demi-tour de piston pour que la poussière liquide se produise et que toute la surface en soit abondamment arrosée.

Cette impression ne produit pas le spasme du larynx comme le contact des éponges ou des pinceaux.

En remplaçant le miroir ci-dessus par un objectif en toile métallique fine, l'instrument devient très-commode pour donner des douches pharyngiennes.



3.

— **M. LE PRÉSIDENT** montre un autre appareil pulvérisateur fabriqué par M. J. Charrière, d'après les indications de M. Galenzowski.

Le mécanisme simplifié de cet appareil en fait le principal mérite.

Il consiste :

1° En un tube A qui plonge dans le liquide B, et se trouve à l'extérieur par une ouverture très-petite ;

2° En un petit ballon de caoutchouc E avec soupape, et dont un tube D conduit l'air soufflé au point C, où il rencontre l'extrémité du tube à liquide.

En cet état, il suffit de comprimer le petit ballon pour que le jet d'air produise l'ascension du liquide, et que ce liquide soit pulvérisé, comme le montre la figure.

— **M. VERNEUIL** adresse la lettre suivante :

Monsieur et très-honoré collègue,

Permettez-moi de vous entretenir une dernière fois de l'incident soulevé dans le sein de la Société par la lecture de l'Eloge de Robert.

Je regarde tout d'abord comme un devoir de remercier mes collègues de la forme éminemment courtoise qu'ils ont donnée à leurs critiques, et du soin qu'ils ont mis à dégager ma personne tout en attaquant mon œuvre avec vivacité. De mon côté, en portant de suite le débat sur le terrain des principes, en n'invoquant pas l'incompétence de ceux qui blâmaient mes paroles sans les connaître, en acceptant enfin sans aigreur ni dépit une censure rétrospective, je crois avoir dans ma défense observé les mêmes égards.

Peut-être donc penserez-vous avec moi que le comité secret n'était pas nécessaire, et que le public n'aurait pu qu'applaudir la modération et la dignité avec lesquelles la Société traite les questions les plus brûlantes.

Quoi qu'il en soit, vous le savez, la conclusion a été une sorte de vote de confiance, mes collègues, pour la plupart, voulant bien s'en rapporter à moi pour introduire dans mon discours les modifications capables de donner satisfaction aux scrupules exprimés.

Je suis reconnaissant de cette marque d'estime, et cependant je me décide après mûre réflexion à ne la point accepter, ou, pour mieux dire, à n'en point profiter, car elle crée une position délicate et des difficultés que je ne saurais résoudre.

L'esprit de mon discours n'ayant été défendu par personne, il est présumable qu'en le conservant même partiellement je blesserais tout le monde, et qu'on me reprocherait avec quelque raison d'avoir abusé du blanc seing qui m'a été si complaisamment octroyé.

D'autre part, mes paroles ont été prononcées en séance solennelle, devant une assistance assez nombreuse; elles appartiennent donc à la publicité. Ce qui leur a valu le blâme des uns leur attire l'assentiment des autres; les châtier jusqu'à faire disparaître tout ce qui a déplu aux premiers, serait aux yeux des seconds une faiblesse, pour ne rien dire de mieux, que je ne saurais commettre.

N'est-il donc pas plus juste et plus simple à la fois de dégager la Société de toute solidarité avec cette œuvre subversive, et de laisser la responsabilité tout entière peser sur qui de droit?

Je retire mon discours, et, libre de toute entrave, je me dispose à le soumettre à l'appréciation du public avec ses défauts et ses qualités. La Société voudra bien ne voir rien d'hostile ni de blessant dans cette solution nette et franche.

Une seule considération, je l'avoue, m'a fait beaucoup hésiter. La Société tout entière désire que Robert soit officiellement loué par un de ses organes, et la mesure que j'adopte ajournera nécessairement encore la publication d'un éloge accepté par tous. Mais j'ai réfléchi que le délai ne saurait être regrettable avec l'éminent secrétaire général que vous vous êtes donné, et qui dans une circonstance analogue a déployé des qualités littéraires si précieuses.

Je termine, Monsieur le Président, en vous priant de communiquer ma lettre à la Société, et d'appuyer, si vous le jugez convenable, la demande que je fais de sa publication dans le procès-verbal.

Recevez, etc. Dr A. VERNEUIL.

12 février 1864.

Kystes du foie. — M. DOLBEAU demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

J'ai avancé dans la dernière séance que M. Boinet n'avait pas employé le premier les sondes à demeure pour les kystes du foie, et j'en apporte la preuve. Je la tire du livre de M. Boinet, l'*Iodothérapie*, publié en 1855. A l'article KYSTES DU FOIE, il conseille la canule à demeure et les lavages répétés. Trois faits sont relatés dans cet article,

entre autres celui du service de M. Briquet, recueilli en 1851 par M. Mesnet. Dans ces trois cas, on n'a employé que les incisions et les lavages iodés, et non la sonde à demeure. M. Boinet ajoute que dès 1852 M. Nélaton employait la sonde à demeure pour les kystes du foie. Or, M. Nélaton ne revendique pas la priorité de cette pratique; car on trouve dans les annales de la science plusieurs cas où elle a été mise en usage. J'ai lu une observation de kyste de l'abdomen, publiée en 1835, où le traitement par la canule à demeure fut suivi de guérison.

LECTURES.

M. PRAVAZ lit un mémoire sur la *curabilité des luxations congénitales du fémur.*

Après cette lecture, M. Pravaz fait voir les modèles réduits des divers appareils qu'il emploie pendant le traitement, et montre une petite fille de dix ans qui a été soumise à ce traitement.

Le travail de M. Pravaz est renvoyé à une commission composée de MM. Chassaignac, Broca et Bouvier.

Destruction traumatique de la portion sous-pubienne de l'urèthre. Rétablissement de la continuité du canal par une opération. Guérison. — M. NOTTA communique le fait suivant :

Trosley, âgé de quarante ans, d'une robuste constitution, demeurant à Moyaux, à trois lieues de Lisieux, fut pris sous un éboulement dans une marnière. Il ne put donner aucun détail sur son accident; toujours est-il qu'on le dégagea de dessous un amas de marne, n'ayant pas perdu connaissance, mais le corps horriblement meurtri, et avec une plaie entre l'anus et les bourses, par laquelle s'écoulait beaucoup de sang.

Je vis cet homme le 27 mai 1863, environ sept heures après l'accident. Il souffrait beaucoup dans tout le corps, qui était contusionné, et particulièrement au niveau des hanches, où l'on observait plusieurs grandes ecchymoses. Il lui était impossible de faire le plus petit mouvement dans son lit; il était pâle et avait perdu beaucoup de sang par la plaie périnéale. Un médecin avait cherché à le sonder, mais n'avait pu pénétrer dans la vessie.

Je le fis placer avec beaucoup de peine en travers sur le bord de son lit, et maintenant les jambes écartées par des aides, je pus constater au-devant du rectum, sur la ligne médiane, une plaie contuse qui admettait facilement l'indicateur. En y pénétrant, on trouvait une grande cavité pouvant contenir au moins un œuf de poule, située audessous et en arrière de la symphyse pubienne, et formée par la destruction des parties molles de cette région. Le doigt, porté de bas

en haut, arrivait sans rencontrer le canal de l'urèthre ni aucun autre intermédiaire, sur la face postérieure de la symphyse du pubis, complétement dénudée, puis sur la branche descendante de cet os du côté gauche, également dénudée dans toute son étendue.

Une sonde introduite par l'urèthre pénétrait dans cette cavité, rencontrait le doigt, et il était impossible de retrouver l'orifice du col de la vessie, la solution de continuité de la portion périnéale de l'urèthre étant au moins de deux travers de doigt. Un doigt introduit dans le rectum me permit de constater l'intégrité de l'intestin.

Le blessé m'apprit qu'il avait uriné plusieurs fois depuis son accident, que chaque fois qu'il urinait, il ne sortait rien par la verge, mais qu'il éprouvait des douleurs atroces, et que les bourses devenaient grosses comme les deux poings. Celles-ci avaient une coloration noirâtre livide, due à une ecchymose considérable.

Je pratiquai dans la plaie un large débridement d'arrière en avant, de manière à agrandir la plaie extérieure et à ouvrir la poche scrotale, afin d'empêcher l'urine d'y séjourner. Le ventre était tendu, très-douloureux à la pression, surtout à l'hypogastre. Le pouls était petit, fréquent; pas de hoquet.

Prescription. 12 sangsues sur le bas-ventre; cataplasmes; bouillons; limonade.

Avant mon départ, le malade urina par la plaie périnéale, mais cette fois sans douleur, et l'urine, trouvant une issue facile, ne s'épanchait plus dans les bourses.

Le 2 juin, c'est-à-dire le sixième jour après l'accident, je revois cet homme. Il n'y a plus de sensibilité dans le ventre; l'urine s'écoule bien par la plaie périnéale sans qu'il y ait d'infiltration urineuse. Le malade retient bien ses urines et n'éprouve le besoin de les rendre que quatre ou cinq fois en vingt-quatre heures. Le doigt introduit dans la plaie, qui a bon aspect, permet de constater de nouveau les nombreuses lésions précédemment décrites : dénudation de la face postérieure du pubis et de sa branche descendante gauche, destruction complète de la portion sous-pubienne de l'urèthre. Une sonde introduite dans l'urèthre rencontre le doigt, et malgré de nombreuses tentatives, ne peut pénétrer dans la vessie. Le malade a de l'appétit, mange et digère bien; il a moins de douleurs dans les hanches.

Après bien des hésitations, T.... se décide à venir à Lisieux pour se soumettre à une opération que je lui propose, et ce n'est que le 9 juin, c'est-à-dire quatorze jours après l'accident, que je puis mettre à exécution mon projet, avec l'aide et le concours bienveillant de mes confrères MM. de Labardette, Vauquelin et James.

Le malade, auquel j'ai recommandé de ne pas uriner avant l'opé-

ration, est placé sur une table garnie d'un matelas, dans la même position que pour l'opération de la taille. Ses deux jambes sont relevées et fléchies sur les cuisses, celles-ci sur le bassin, et elles sont maintenues dans cette position par deux aides.

La plaie périnéale est située le long du raphé médian, elle commence à 1 centimètre de l'anus et se prolonge en avant dans une longueur de 5 centimètres. Le doigt introduit dans cette plaie permet de constater les lésions précédemment décrites, moins étendues cependant, à cause du travail de cicatrisation. Une sonde introduite dans la verge ne rencontre plus le doigt, l'extrémité rompue de l'urèthre est cicatrisée, et malgré une forte pression, il est impossible de détruire la cicatrice. On sent que le bec de la sonde est séparé du doigt par un tissu de quelques millimètres d'épaisseur.

Tout cela bien constaté, je pratique à 3 centimètres au-devant de l'anus, dans une direction perpendiculaire à la plaie, une incision courbe, à concavité dirigée du côté de l'anus, comme pour la taille bilatérale, et j'ouvre ainsi largement cette cavité sous-pubienne formée par la destruction des parties molles du périnée.

Après une dissection longue et laborieuse de trajets fistuleux qui s'étaient déjà formés de toutes pièces, dissection pendant laquelle je pris les plus grandes précautions pour ne pas blesser le rectum, j'engageai le malade à uriner afin de me guider dans mes recherches. Malgré son courage et sa bonne volonté, il ne put y parvenir. Enfin, après bien des tâtonnements, je finis par trouver sur la ligne médiane, derrière le pubis, à 5 ou 6 centimètres de la surface cutanée du périnée, une petite dépression dans laquelle j'introduisis une sonde cannelée. Un filet d'urine m'annonça que j'étais dans la vessie. J'avais préalablement incisé sur un cathéter métallique introduit dans la portion pénienne de l'urèthre l'extrémité cicatrisée de ce conduit, et j'avais remplacé ce cathéter par une sonde en caoutchouc vulcanisé ouverte à son extrémité vésicale, de telle sorte que cette extrémité sortait par la plaie périnéale, où elle était maintenue par un aide. J'introduisis alors une longue bougie de baleine dans cette sonde, je la fis repasser par la plaie périnéale, et il me fut facile d'en faire glisser l'extrémité dans la rainure de la sonde cannelée jusque dans la cavité vésicale. Cela fait, je retirai la sonde cannelée et je fis glisser sur le mandrin de baleine la sonde jusque dans la vessie, puis je retirai le mandrin. Un jet d'urine m'apprit que j'avais complétement réussi. La sonde fut fixée par un bandage approprié, et le malade fut reporté dans son lit. Des coussins furent placés sous les deux jarrets, et on n'appliqua sur la plaie d'autre pansement qu'une éponge

légèrement humide. — Bouillons, potages. Prendre en trois fois dans la journée la potion suivante :

Alcoolature d'aconit.	3 grammes.
Sirop de quinquina au vin. . .	30 —
Eau	125 —

Le 10, le malade va bien. Ténesme vésical ; à la fin de chaque miction il s'échappe quelques gouttes d'urine par la plaie périnéale. — Cataplasmes de farine de lin. Suppositoires opiacés. Alcoolature d'aconit, 4 grammes.

Le 11, mieux marqué ; appétit. — Côtelettes.

Le 14, un abcès s'est formé au haut de la cuisse gauche, en dehors du pli génito-crural. On l'ouvre largement ; on supprime l'alcoolature, qui dégoûte le malade.

Le 22, il a été pris hier soir d'un violent frisson, qui a duré plus d'une heure. Sueurs très-abondantes toute la nuit. Ce matin, il n'a pas de fièvre. Un stylet introduit dans l'ouverture de l'abcès pénètre à une profondeur de 7 à 8 centimètres, et rencontre la branche descendante du pubis dénudée. — Sulfate de quinine, 2 grammes en 12 pilules, 4 tous les matins à jeun.

Les accès de fièvre ne se reproduisent pas, mais une tumeur dure se forme à la racine des bourses ; la verge est tuméfiée, et bien que la fluctuation ne puisse être perçue, il y a lieu de croire qu'il existe en ce point une collection purulente. Et en effet, le 28 juin, une grande quantité de pus s'écoule par la plaie périnéale et par l'urèthre, et à partir de ce moment, le malade éprouve un grand soulagement ; il dort bien toute la nuit, ce qui ne lui était pas arrivé depuis huit jours. Chaque jour son appétit augmente ; sa bonne mine revient.

Vers la fin de juillet, la verge paraît se raccourcir ; il semble qu'elle s'enfonce sous le pubis.

Le 11 août, lorsque le malade fait des efforts de défécation, quelques gouttes d'urine s'échappent par la plaie périnéale qui n'est plus aujourd'hui qu'une fistule, et souvent en urinant il s'écoule de l'urine par la verge entre la sonde et le canal. Nous nous décidons à changer la sonde. Pour la retirer, nous la faisons glisser sur un mandrin de baleine, préalablement introduit dans sa cavité, et nous la remplaçons par une autre.

Bien qu'elle ait séjourné dans la vessie pendant deux mois, elle ne présente aucune altération, aucune incrustation ; elle est aussi souple que le premier jour.

Le 30 octobre, la sonde est enlevée ; elle est restée quatre-vingt-deux jours dans la vessie, et elle n'est aucunement altérée. Je puis

immédiatement passer facilement dans la vessie des sondes en étain de 8 millimètres de diamètre. Le malade urine bien par la verge dans la journée ; seulement, à chaque miction, quelques gouttes d'urine s'échappent par la fistule périnéale.

Le lendemain je cherche en vain à introduire une nouvelle sonde. Mes tentatives renouvelées les jours suivants ne sont pas plus heureuses. Le malade, urinant bien d'ailleurs par la verge, retourne dans son pays.

Le 12 janvier 1864, T... revient me voir ; il a très-bon visage, a pris de l'embonpoint. La fistule périnéale est complétement cicatrisée et ne donne lieu à aucun suintement d'urine. Pendant la miction le jet d'urine est bien lancé et ne tombe plus sur ses pieds, comme lorsqu'il est sorti de l'hôpital. La verge est plus courte qu'auparavant ; les érections sont incomplètes.

J'introduis assez facilement une bougie de 3 millimètres de diamètre. Je la laisse à demeure pendant vingt-quatre heures, et les jours suivants j'augmente le volume des bougies, que je ne laisse dans le canal que quelques minutes.

Au bout de huit jours, l'urèthre admettait facilement des bougies de 7 à 8 millimètres de diamètre ; je continuai à passer ces bougies pendant six jours et le malade retourna dans son pays, me promettant de revenir me voir tous les mois, afin que je m'assure par le cathétérisme de l'état du canal et que je prévienne ainsi la formation d'un rétrécissement.

Cette observation a beaucoup d'analogie avec un fait publié dans l'*Union médicale* (4 mars 1858) par M. Demarquay, fait dont la connaissance m'a tout d'abord empêché de désespérer de la guérison de mon malade et m'a ensuite servi de guide pour le traitement et l'opération qu'il a eu à subir.

La grande étendue de la destruction du canal de l'urèthre, qui avait au moins deux travers de doigt, pouvait déjà inspirer quelques craintes sur la possibilité du rétablissement de ce canal. Mais la dénudation de toute la symphyse du pubis et de la branche descendante de cet os était une complication grave. Il y avait à craindre la formation de quelque séquestre dont la présence aurait pu avoir l'influence la plus fâcheuse sur la cicatrisation de l'urèthre.

Heureusement, ces appréhensions ne se sont pas réalisées ; aucun séquestre ne s'est formé. La sonde une fois placée, des bourgeons charnus se sont développés de toute part, ont rempli l'excavation qui s'était formée au milieu des parties molles ; puis, revenant peu à peu sur eux-mêmes, ils ont pour ainsi dire ressoudé les deux extrémités de l'urèthre ; et nous en avons la preuve dans le raccourcissement

manifeste de la verge, qui a commencé à se produire lorsque le travail de cicatrisation avançait lui-même. Mais, il faut le dire, nous avons été puissamment aidés par l'emploi de la sonde en caoutchouc vulcanisé de M. Gariel, que nous avons pu laisser à demeure pendant deux mois, sans qu'elle subît la moindre altération. Si nous n'avions eu à notre disposition que des sondes en gomme élastique, qu'il eût fallu renouveler tous les huit jours, il est évident que le passage fréquent de ces sondes eût été beaucoup moins favorable à la cicatrisation des parties.

Remarquons en outre avec quelle tolérance elles ont été supportées par la vessie, puisque, pendant tout ce temps (deux mois la première fois, quatre-vingt-deux jours la seconde), elles n'ont déterminé aucune irritation au col, et n'ont amené aucune trace de catarrhe dans les urines.

Le malade a gardé une sonde à demeure pendant près de cinq mois.

Au bout de ce temps, j'ai pensé qu'elle pouvait être retirée sans inconvénient, et cependant la rétraction du tissu cicatriciel a, en vingt-quatre heures, si bien dévié le canal de l'urèthre qu'il m'a été impossible pendant quelque temps d'y faire pénétrer une sonde. Aujourd'hui que j'ai pu de nouveau y introduire des bougies et arriver facilement à une dilatation de 8 millimètres de diamètre, je crois que l'on peut regarder la guérison comme assurée, pourvu toutefois que le malade ait soin de passer de temps en temps des bougies, afin de prévenir la formation d'un rétrécissement qui ne manquera pas de se produire sans cette précaution.

M. DEMARQUAY. Je remercie M. Notta d'avoir bien voulu rappeler un fait que j'ai publié. Le malade que je soignais a présenté après sa guérison des conditions qui m'ont frappé. Il s'est trouvé dans un état de frigidité à peu près complet. Parfois cependant il a une érection suffisante pour pratiquer le coït ; il éprouve des sensations voluptueuses, mais il n'y a aucune éjaculation. J'ai nommé cet état aspermie. Peut-être, en raison des modifications profondes des parties qui résultent de l'opération, le sperme s'écoule-t-il dans la vessie. C'est un point que je n'ai pu vérifier.

Quant aux sondes en caoutchouc, bien que je les emploie fréquemment, elles m'ont paru avoir certains inconvénients. Elles s'incrustent comme les autres, et peuvent facilement s'échapper de la vessie, pour peu que cet organe se contracte avec une certaine énergie. Elles conviennent spécialement chez les vieillards à vessie peu contractile, et chez lesquels on veut combattre les effets de l'hypertrophie prostatique.

M. MOREL-LAVALLÉE. Il y a longtemps que j'emploie les sondes en caoutchouc vulcanisé. Elles peuvent séjourner fort longtemps dans la vessie sans s'altérer, et n'offrent jamais les graves inconvénients, les dangers des sondes rigides. Celles-ci, ainsi que je l'ai observé trois fois, peuvent perforer les parois vésicales et déterminer des épanchements le plus souvent mortels. Quand je suis forcé d'y avoir recours, j'ai bien soin de ne laisser saillir dans la vessie que la partie rigoureusement nécessaire pour que l'urine s'écoule par les yeux de la sonde.

M. DESORMEAUX. Je partage complétement l'opinion de M. Morel. J'ai laissé des sondes en caoutchouc dans le canal pendant trois semaines sans les voir s'altérer. Certains malades, un entre autres atteint d'une large déchirure de l'urèthre, en ont porté sans inconvénient pendant plusieurs mois.

M. MARJOLIN. La remarque de M. Morel sur la possibilité de perforer la vessie avec les sondes rigides me paraît importante comme indication. Il faudrait engager les fabricants à ne donner aux sondes que la longueur nécessaire pour pénétrer dans la vessie, et à placer les yeux de la sonde le plus près possible de son extrémité. On éviterait ainsi les chances d'accidents.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Ostéosarcome du tibia. — M. ODIER communique un fait d'ostéosarcome recueilli sur un malade du service de M. Morel-Lavallée.

Martin (Jean-Antoine), âgé de vingt-six ans, entre le 15 janvier 1864 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Morel-Lavallée, pour une affection de la jambe droite.

Voici ce que nous apprennent les renseignements fournis par le malade :

Il est charretier de son état, a toujours joui d'une bonne santé, et rien du côté de sa famille ne peut faire soupçonner l'existence d'affections tuberculeuses ou cancéreuses.

Le 26 mai 1860, à la suite d'une chute, il perdait connaissance dans la rue et était amené à l'hôpital Beaujon. M. Morel-Lavallée constatait le matin suivant une fracture du pariétal droit avec une plaie des téguments crâniens.

Le 26 septembre de la même année, il quittait les salles complétement guéri.

Le 1er janvier, un coup de pied de cheval au niveau du tiers inférieur du tibia le força à garder le lit pendant trois semaines; une

contusion violente, limitée aux téguments seulement, se termina par suppuration et cicatrisation.

Depuis cette époque, il a reçu plusieurs coups de pied de cheval qui ne l'ont jamais obligé à discontinuer son travail. D'un caractère du reste querelleur, il m'avoue avoir eu souvent avec ses camarades des discussions orageuses accompagnées de voies de fait.

En août 1863, il ressentit pour la première fois une douleur très-vive à la partie postérieure de la jambe, et reconnut alors que son mollet était plus volumineux et plus dur que celui du membre gauche. Quelques jours de repos enlevèrent à la douleur son acuité, et ce n'est qu'en septembre 1863 qu'une nouvelle grosseur du volume d'une noix l'engagea à consulter.

A ce moment, c'est-à-dire à la fin de septembre, les douleurs, de sourdes et lancinantes, devinrent aiguës et presque continues, se propageant surtout du côté du pied : le mollet avait grossi uniformément, et la jambe était parfois engourdie.

Un charlatan des environs de Paris lui fit tenir sur la grosseur des compresses imbibées de sa propre urine, et lui conseilla des marches forcées.

Le malade s'y conforma, et pendant deux mois suivit ce traitement sans obtenir aucune amélioration.

La jambe n'avait pas augmenté de volume, mais elle avait durci : il semblait au malade que son mollet s'était pétrifié; des douleurs atroces ne lui laissaient pas un seul instant de repos.

Enfin, dans le mois de décembre, la station était impossible, la jambe à demi fléchie sur la cuisse, les douleurs continues; le malade, à bout de ressources, affaibli et démoralisé, se décide à entrer à l'hôpital.

Voici ce que nous constatons :

Décubitus dorsal; la cuisse est dans l'abduction; la jambe, à demi fléchie sur la cuisse, repose sur la face externe, et présente un développement exagéré au niveau de son tiers supérieur, ce qui donne au membre une forme conique à base dirigée en haut. La partie postérieure de la jambe présente dans son tiers supérieur une saillie uniforme, non bosselée, tandis qu'une petite tumeur du volume d'une noix siége au niveau de la tête du péronée.

La peau qui recouvre le membre n'est pas altérée; absence d'œdème; la sensibilité et la température y sont normales.

L'articulation fémoro-tibiale ne présente à la vue qu'une légère augmentation de volume.

Le malade nous montre à la partie postérieure de la jambe, à 3 cen-

timètres environ du pli articulaire, un point excessivement douloureux situé sur la ligne médiane. C'est là, me dit-il, qu'est mon mal ; on dirait qu'on me tire tous les nerfs. — Les mouvements spontanés de la jambe sont nuls par suite de la douleur qu'ils occasionnent ; mais si l'on cherche à communiquer des mouvements, il est facile de voir que l'articulation fémoro-tibiale est libre.

Au toucher, on reconnaît que tout le mollet est remplacé par une tumeur exactement circonscrite à la région, uniformément développée, bosselée, dont la base large se continue avec le tibia. Elle est d'une dureté remarquable, presque pierreuse par places, tandis que l'on peut trouver des points plus mous se laissant déprimer sous le doigt. La tumeur ne présente aucun battement, aucun mouvement d'expansion, et offre une tension plus grande lorsqu'on cherche à étendre la jambe sur la cuisse.

Les ganglions du creux poplité sont développés, et ressemblent à de petits marrons; ceux de l'aine sont même moins développés que ceux du côté opposé.

L'état général du malade est bon. Il y a un peu d'amaigrissement, depuis deux mois surtout; la décoloration des téguments n'est accompagnée d'aucun autre signe de l'anémie, et rien ne rappelle la cachexie cancéreuse.

Les organes thoraciques et abdominaux sont sains. L'état moral du malade est bon ; aussi accepte-t-il très-facilement l'idée d'une amputation que M. Morel-Lavallée lui présente comme seule chance possible de guérison.

Le 12 février, l'opération est pratiquée par M. Morel-Lavallée un peu au-dessous de la partie moyenne de la cuisse. On emploie la méthode circulaire. Le malade, chloroformé, perd fort peu de sang.

Vingt-quatre heures après l'opération, j'examine le membre amputé et constate que le pied, ainsi que le tiers inférieur de la jambe, ne présente aucune altération apparente.

Le fémur est intact ainsi que les téguments et les muscles qui le recouvrent. L'articulation du genou renferme un peu de sérosité épaisse et visqueuse, gélatiniforme, d'un aspect rougeâtre.

La synoviale, un peu épaissie, présente deux ecchymoses de 2 à 3 millimètres.

J'enlève facilement la peau qui recouvre la tumeur ; le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de sérosité; au niveau de la tête du péronée, il y a une adhérence assez forte entre la peau et une tumeur mollasse.

L'aponévrose jambière est considérablement distendue et exerce une compression assez forte sur toute la tumeur ; le creux poplité est

intact; au point où le nerf sciatique poplité interne s'enfonce entre les jumeaux, on constate un étranglement marqué du nerf, ainsi que quelques petits vaisseaux développés à ce niveau; c'est là probablement la cause des douleurs atroces que percevait le malade dans le mollet.

Les muscles jumeaux recouvrent exactement la tumeur : ils sont amincis, décolorés, et renferment par places des plaques grisâtres que le microscope démontre être de nature cancéreuse.

Lorsque l'on essaye de détacher les deux muscles de la tumeur, on constate qu'ils lui adhèrent intimement, et que même par places ils font corps avec elle.

La tumeur se présente alors à nous limitée en haut par la base du condyle du tibia et en dehors par la face postérieure du péronée, en dedans par le bord interne du tibia. Elle se prolonge en bas au-devant du tibia. Sa base repose sur la face postérieure du tibia. Sa longueur est de 18 centimètres, sa largeur de 10 centimètres. On remarque au niveau de la tête du péronée un prolongement de la tumeur faisant saillie en avant.

Sa consistance est très-grande.

La partie antérieure de la jambe ne présente rien de particulier si ce n'est une véritable hypertrophie générale de l'os.

Je pratique sur la tumeur une coupe antéro-postérieure longitudinale sur la ligne médiane, au moyen d'une scie, de manière à diviser le tibia en deux parties.

La partie centrale de l'os est spongieuse et présente des points blanchâtres de la grosseur d'une petite tête d'épingle.

La partie périphérique de l'os est formée de tissu compacte plus épais et plus dur; le périoste épaissi est ossifié par places.

Mais à la face postérieure de la jambe, le tissu compacte du tibia présente une véritable hypertrophie dans un espace de 6 centimètres. C'est ce qui constitue une partie de la tumeur du mollet. En ce point sa dureté est telle que la scie ne l'entame qu'avec peine. C'est de ce point éburné que partent des prolongements osseux en forme d'aiguilles enchevêtrées les unes dans les autres. On dirait un véritable buisson implanté sur le tibia dont les branches regarderaient en arrière.

Cette partie osseuse de la tumeur est recouverte de masses grisâtres, fongueuses, de consistance molle, un peu fibreuses, par places présentant des centres d'ossification. C'est ce qui constitue la partie charnue de la tumeur, si j'ose m'exprimer ainsi. De telle sorte que l'on pourrait envisager la tumeur du jarret comme formée par l'em-

boîtement de deux tumeurs, l'une osseuse plus considérable et d'une dureté pierreuse, l'autre fibro-charnue.

On trouve dans cette portion charnue des cavités pleines de détritus et de pus, et deux d'entre elles, du volume d'une noix, renferment du sang fraîchement épanché.

L'artère poplitée et la veine poplitée sont intactes et passent en arrière de la tumeur.

M. Gubler, qui a examiné cette tumeur au microscope, y a retrouvé les éléments du cancer de l'os et de l'hypertrophie osseuse.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, U. Trélat.

Séance du 24 février 1864.

Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le président annonce que M. Cullerier, notre collègue, atteint d'une pneumonie, est aujourd'hui hors de danger.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : — Les journaux de la semaine; — le *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique;* — le *Bulletin de la Société de médecine de Marseille;* — le *Journal trimestriel de médecine pratique de Prague;* — la *Revue critique et bibliographique.*

— Une lettre de M. le docteur Léon Lefort, qui se porte candidat à la place vacante de membre titulaire.

— Une observation de M. Dieulafoy (de Toulouse), membre correspondant, intitulée : *Fracture de l'humérus non consolidée.*

— M. Fleury (de Clermont) adresse à la Société, avec la pièce pathologique à l'appui, l'observation suivante :

Calcul salivaire retiré de la glande sublinguale.

J'ai été consulté, le 13 janvier 1864, par un jeune cultivateur âgé de vingt et un ans, qui se plaignait d'éprouver depuis un mois des douleurs en mangeant.

La mastication n'est plus possible depuis deux jours, me dit-il ; il rapporte surtout la douleur au côté gauche du plancher de la bouche, au-dessous de la langue. Dans cette région, la muqueuse est rouge et

gonflée ; les deux glandes sublinguales sont plus volumineuses qu'à l'état normal ; le gonflement est plus prononcé dans la gauche que dans la droite ; elle a bien en volume un tiers de plus que l'autre ; sa forme, du reste, est la même, et si la rougeur de la muqueuse n'accusait pas de l'inflammation, on serait tenté de croire à une simple hypertrophie de l'organe.

En promenant le doigt sur sa face supérieure, on ne perçoit aucune fluctuation, la glande paraît peut-être même un peu plus dure qu'à l'état normal, la pression y détermine quelques douleurs.

On ne trouve dans la région sous-maxillaire correspondante aucune trace d'engorgement ; les mouvements de la langue sont faciles, la prononciation n'offre aucune altération. L'état général est on ne peut plus satisfaisant. Ce jeune homme est fort et bien constitué.

L'inégalité de volume qui existe dans les deux glandes me porte à penser que là est le point de départ des accidents dont se plaint le malade, car une inflammation de la muqueuse buccale ne serait pas aussi bien circonscrite, et depuis un mois qu'elle existe, elle se serait terminée par résolution ou par suppuration.

J'exerce une pression légère d'arrière en avant, pour savoir si le conduit excréteur donne passage à la salive ; rien ne s'échappe à l'extérieur. Je fais alors une petite ponction à la glande ; la pointe du bistouri est bientôt arrêtée par un corps dur, qui me paraît constitué par un calcul ; le malade croit que j'ai touché une dent.

J'agrandis un peu l'incision, et je tâche d'amener la pierre à l'extérieur, en la saisissant avec une pince à griffes, j'en retire bien quelques fragments, mais le noyau résiste : il paraît enchatonné.

J'introduis alors une curette avec laquelle je soulève son extrémité antérieure, à laquelle j'imprime un mouvement de bascule, qui la fait arriver à l'ouverture extérieure ; il suffit, pour la retirer, de la saisir avec la pince.

C'est en effet un calcul volumineux, puisqu'il pèse 3 grammes 90, il a la forme d'une olive allongée. (Les calculs salivaires retirés jusqu'ici ne pesaient pas 3 grammes.)

Le malade, aussi étonné que moi, éprouve aussitôt du soulagement. Comme il est reparti après l'opération, je n'ai pu savoir si la plaie s'était refermée immédiatement ou si elle était restée fistuleuse.

Quelle que soit la cause de la formation de ce corps étranger, on ne peut pas faire remonter son origine à un mois seulement ; ce qui m'a le plus étonné, c'est que sa présence n'ait pas provoqué plus tôt de la douleur.

Ostéoplastie périostique. — **M. Larrey** communique la lettre suivante de M. Sédillot, et montre à la Société les pièces pathologiques qui y sont annexées.

« Strasbourg, le 22 février 1864.

» Je vous envoie, mon cher collègue, la voûte palatine d'un jeune chien, dont j'avais enlevé, le 18 décembre 1863, une lamelle osseuse ovalaire de huit millimètres de largeur maximum sur dix-huit millimètres de longueur. Les deux périostes nasal et buccal avaient été parfaitement ménagés. Le premier était resté complet, sans aucune perforation ; le second avait été incisé, puis décollé sans lacération ni contusion. La plaie était réunie le lendemain et l'animal n'en éprouva aucun accident. Il mangeait comme d'ordinaire et ne parut nullement incommodé.

» Je le sacrifiai quarante-trois jours plus tard, en lui insufflant de l'air dans la jugulaire, et l'examen des parties démontra qu'il ne s'était fait aucune régénération osseuse. Les deux périostes et les muqueuses désséchés sont devenus transparents, comme vous pourrez le remarquer, et sur les portions examinées au microscope, on n'a constaté l'existence d'aucun nucléole osseux.

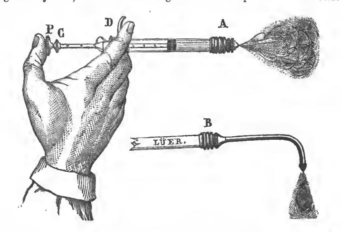
» Mon ami le docteur Marmy (de Lyon) a répété de son côté la même expérience. La lamelle osseuse enlevée n'avait qu'un centimètre de longueur, et la résistance de la voûte palatine semblait si forte à la pression du doigt, qu'il admettait comme très-probable, sinon certaine, la reproduction de l'os. Il n'en était rien cependant, et le chien ayant été sacrifié le soixantième jour de l'expérience, on ne trouva pas la moindre trace d'ossification.

» Avis à ceux qui présentent des malades opérés d'ouranoplastie, chez lesquels ils affirment que les os se sont reproduits complétement au bout d'un mois et quelquefois moins, comme en témoignaient, disent-ils, la dureté et la résistance de la voûte reconstituée ; confirmation enfin de la nécessité de mettre sous les yeux des hommes de l'art des os véritablement reformés et reproduits, pour que ces faits puissent être acceptés par la science,

» Je vous serai obligé, mon cher collègue, de mettre sous les yeux de la Société de chirurgie la pièce anatomique ci-incluse que je vous adresse, etc. » Sédillot. »

Instrument. — M. Lüer, fabricant d'instruments de chirurgie, adresse à la Société un instrument très-portatif destiné à pulvériser les liquides qu'on veut projeter dans les cavités, gorge, oreille, vagin. Il se manœuvre d'une seule main, ainsi qu'on peut le voir sur la

figure ci-jointe, comme une seringue d'Anel. La pulvérisation totale



du liquide, sans qu'une seule goutte se condense, a lieu directement à l'orifice A. Si on veut atteindre des parties plus profondément situées, on adapte facilement une canule droite ou courbe B, à l'extrémité de laquelle le liquide est poudroyé. La gradation du piston par un curseur C permet de doser exactement la quantité de liquide pulvérisé qu'on veut employer ; disposition qui peut être utile pour es liquides stimulants ou caustiques qu'on emploie, surtout dans la gorge et le larynx.

COMMUNICATION.

Deux cas d'aphémie traumatique, produite par des lésions de la troisième circonvolution frontale gauche. — Diagnostic chirurgical.

M. BROCA. Notre collègue M. Ange Duval, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine navale de Brest et membre correspondant de la Société, m'a prié de vous présenter un mémoire dans lequel il a consigné deux observations de fracture du crâne compliquées de lésions cérébrales qui ont produit l'aphémie.

J'ai décrit sous ce nom d'*aphémie,* il y a près de trois ans, les altérations de la faculté du langage articulé, et j'ai été conduit par les résultats des autopsies à considérer la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale comme étant le siége à peu près exclusif des lésions de l'aphémie.

Pour établir cette opinion, je n'ai pu me servir des faits antérieurs à mes recherches, parce que dans ces observations, précieuses sous

le rapport des symptômes, le siége des lésions sur telle ou telle circonvolution n'était pas indiqué. Jusqu'à une époque toute récente, la plupart des anatomistes croyaient que les circonvolutions du cerveau étaient aussi désordonnées que celles de l'intestin. Cette opinion est encore assez généralement répandue, quoique des recherches déjà anciennes aient démontré la fixité de certains sillons et de certaines circonvolutions, et quoique des recherches plus récentes aient prouvé que *toutes* les circonvolutions fondamentales sont parfaitement fixes quant à leur nombre, leurs connexions et leurs rapports. L'étage supérieur du lobe frontal, en particulier, se compose de quatre circonvolutions bien distinctes, l'une postérieure et transversale, qui forme le bord antérieur du sillon de Rolando, les trois autres antéro-postérieures, qui commencent en avant derrière l'arcade orbitaire et qui, cheminant d'avant en arrière, vont se jeter isolément dans la circonvolution transversale. Ces trois circonvolutions antérieures sont désignées de dedans en dehors sous les noms de première, deuxième et troisième circonvolution frontale. La première longe la scissure médiane du cerveau ; la troisième forme en arrière le bord supérieur de la scissure de Sylvius, et la couche de substance grise qui la tapisse, se réfléchissant dans le fond de cette scissure, se prolonge immédiatement sur le petit lobe central désigné sous le nom d'*insula de Reil.*

Ces rapports sont absolument fixes, mais ils sont encore peu connus, et ils étaient très-généralement inconnus lorsque j'ai publié mes premières observations d'aphémie. On ne pouvait donc pas trouver, dans les faits antérieurs à cette époque, l'indication nominative des circonvolutions lésées. Les auteurs se bornaient à dire que la lésion était située à la partie antérieure, moyenne, ou postérieure de l'hémisphère, et, quoique leurs observations soient fort précieuses à consulter, la plupart d'entre elles ne peuvent servir à déterminer avec une précision suffisante le siége des lésions de l'aphémie.

M. Bouillaud, il est vrai, avait réuni une masse imposante de faits tendant à démontrer que la perte de la faculté du langage articulé dépendait des lésions des lobes antérieurs. Mais on lui avait opposé d'autres faits relatifs à de graves lésions de ces lobes sans perte de la parole. La lecture de ces faits prouve qu'on ne s'entendait même pas sur ce que c'est que les lobes antérieurs. La plupart des auteurs ne donnaient ce nom qu'à la partie du lobe frontal qui est située au-dessus de la voûte orbitaire et qui forme à peine la moitié de ce lobe. Or, c'est dans la moitié postérieure du lobe frontal, dans celle qui est au-dessus de la scissure de Sylvius, que sont situées les lésions de l'aphémie.

Il n'en faut pas davantage pour expliquer le nombre assez considé-

rable des observations qui ont été invoquées contre les idées de M. Bouillaud. J'ajoute que la plupart de ces observations contradictoires sont relatives à des lésions du lobe frontal *droit*, tandis que les observations nombreuses recueillies depuis près de trois ans tendent à établir que les lésions de l'hémisphère *gauche* sont seules capables de produire l'aphémie. Cette proposition est étrange sans doute, mais, quelque embarrassante qu'elle soit pour la physiologie, il faudrait bien l'admettre si les faits ultérieurs continuaient à déposer dans le même sens que les premiers.

On a recueilli depuis environ trois ans plus de vingt observations d'aphémie *suivies d'autopsie*. Dans tous ces cas, sans exception, la lésion était située sur l'hémisphère gauche, et dans tous ces cas, à une seule exception près, le tiers postérieur de la troisième circonvolution frontale était profondément altéré. Ce fait exceptionnel, jusqu'ici unique, a été recueilli par M. Charcot. La troisième circonvolution frontale gauche était à peu près saine, mais la circonvolution pariétale externe, avec laquelle elle se continue sans interruption et qui forme la moitié postérieure du bord supérieur de la scissure de Sylvius, était détruite.

On sait que pour plusieurs anatomistes ces deux circonvolutions n'en font qu'une seule, désignée par eux sous le nom de *circonvolution d'enceinte de la scissure de Sylvius*, ou de *circonvolution marginale supérieure*. Si l'on interprétait dans ce sens le fait de M. Charcot, on pourrait aisément le concilier avec les autres. Mais il faut attendre d'autres observations avant de se prononcer.

Les faits déjà nombreux sur lesquels reposait mon opinion étaient jusqu'ici exclusivement relatifs à des cas pathologiques, à des lésions spontanées, telles que l'apoplexie et les diverses espèces de ramollissement. Mais ces affections n'entraînent ordinairement la mort qu'après avoir produit dans le cerveau des dégâts assez étendus. On trouve presque toujours plusieurs circonvolutions malades. Le lobule de l'*insula*, si voisin de la troisième circonvolution frontale, comme je l'ai dit, est presque toujours lésé en même temps qu'elle ; le noyau extra-ventriculaire du corps strié, immédiatement sous-jacent aux minces circonvolutions radiées de l'*insula*, est aussi atteint le plus souvent, ce qui donne lieu à une hémiplégie du côté *droit*. Parmi tant de lésions diverses, il est difficile de découvrir celle qui a produit l'aphémie. Toutefois, en comparant les autopsies, on est autorisé à considérer comme éventuelles les lésions qui ne sont pas constantes, et c'est ainsi que par voie d'élimination, j'ai été conduit à indiquer la troisième circonvolution frontale comme le siége des lésions de l'aphémie.

Mais cette voie est indirecte, et avant d'admettre comme démontré un fait physiologique, on attend ordinairement qu'il ait été confirmé par l'expérimentation directe. S'il s'agissait d'une toute autre faculté que de la faculté du langage, on pourrait songer peut-être à instituer des vivisections; mais l'homme seul possède cette faculté, et il ne reste d'autre ressource que d'étudier les effets des lésions traumatiques accidentelles du cerveau de l'homme. Il peut arriver que ces lésions soient assez circonscrites pour être équivalentes à des vivisections méthodiques. Il s'agit donc de constater le siége précis des plaies ou des contusions cérébrales chez les individus qui deviennent aphémiques à la suite d'une chute ou de tout autre accident. C'est une nouvelle série de recherches à entreprendre, et les deux observations que M. Ange Duval nous envoie aujourd'hui, quoique inégalement démonstratives, doivent être signalées comme les premières de ce genre qui aient été recueillies.

L'une de ces observations date déjà d'une quinzaine d'années, et le nom de la circonvolution lésée n'a pu être indiqué sur le procès-verbal de l'autopsie. Mais le siége de la lésion est si nettement spécifié qu'il est impossible de méconnaître qu'elle occupait principalement, sinon exclusivement, la troisième circonvolution frontale.

L'autre observation a été recueillie tout récemment. Le sujet a été étudié attentivement pendant la vie au point de vue de l'aphémie, et il y a ceci de remarquable que M. Ange Duval a pu, avant l'autopsie, diagnostiquer le siége et la nature de la lésion. La question de l'aphémie rentre par là dans la catégorie de celles qui intéressent directement les chirurgiens, puisqu'elle fournit un nouvel élément au diagnostic des lésions traumatiques du cerveau. Il faut maintenant attendre de nouveaux faits, et la communication faite à la Société de chirurgie par notre collègue de Brest contribuera certainement à attirer sur ce sujet l'attention des chirurgiens.

Observations d'aphémie pour servir à la détermination du siége de la faculté du langage,

Par M. Ange Duval.

Les recherches que j'ai été obligé de faire dans les divers recueils sur le siége de la faculté du langage et sur l'aphémie m'ont convaincu que les deux observations suivantes pourraient concourir à la solution de cette question difficile. Elles n'ont qu'un mérite, celui de donner la relation fidèle des phénomènes présentés pendant la vie des sujets et des altérations trouvées après leur mort.

Obs. I. — *Fracture du crâne. — Aphémie immédiate et complète. — Conservation de l'intelligence. — Mort le douzième jour. — Autopsie. — Contusion profonde et désorganisation de la troisième circonvolution frontale gauche.*

Querniar, âgé de trente-quatre ans, fusilier au 2e régiment d'infanterie de la marine, est porté à l'hôpital le 4 janvier, vers cinq heures du matin. Il a fait une chute dans la rue, et la partie postérieure de la tête a porté avec force sur l'angle d'un trottoir.

A son arrivée, il paraît plongé dans le coma; il ne répond à aucune des questions qu'on lui adresse. Les membres sont dans la résolution; mais des mouvements y naissent lorsque des excitations y sont produites. On constate qu'il n'existe aucune paralysie des membres. Les pupilles, d'un diamètre normal, se contractent avec vivacité sous l'influence de la lumière. La peau est froide; le pouls assez plein, à 70 pulsations; 14 inspirations par minute. Pas de nausées ni de vomissements. Pas d'odeur alcoolique; il est cependant certain qu'il a bu de l'eau-de-vie la veille. Pas de plaies ni d'ecchymoses visibles; pas d'écoulement de sang ou de sérosité par les narines et les conduits auditifs. L'emploi des moyens de calorification usités en pareil cas amène, peu d'heures après, une réaction suffisante; le pouls est plein, à 95. Dans un moment où l'infirmier de garde était occupé, le malade se lève pour aller aux lieux d'aisance; il tombe au moment de s'asseoir sur le siége. Relevé aussitôt et reconduit à son lit, il a une selle volontaire, qu'il fait dans le vase. L'urine est abondante et limpide. — Dix sangsues sont appliquées deux par deux au-devant des apophyses mastoïdes, de manière à donner lieu à un écoulement de sang minime, mais continu; pendant ce temps, un purgatif est administré.

Le 6 au matin, l'œil est ouvert, intelligent; le malade ne répond à aucune des questions, mais l'audition est parfaite; il remue le membre indiqué lorsqu'on le lui demande, tire la langue, etc. Il ne paraît éprouver de douleur que lorsque le doigt parcourt la *région latérale droite postérieure* du crâne, depuis le pavillon de l'oreille jusqu'auprès de la protubérance occipitale externe. Il essaye, en remuant la tête du côté opposé, d'échapper à la douleur; mais il ne peut proférer même une de ces plaintes si fréquentes chez tous les malades, les simples monosyllables: *Oh! oh!*

Tous les essais faits devant les élèves, aux visites du matin et du soir et les jours de clinique, ont démontré pendant tout le cours de la maladie que la parole est complétement abolie et que les facultés mentales fonctionnent d'une manière normale.

La déglutition est facile, le malade prend avec plaisir cinq ou six tasses de bouillon dans les vingt-quatre heures, et par des signes intelligibles en demande et en refuse. Il repousse une potion émétisée qu'on lui présente. Constipation.

Cet état reste le même dans la journée du 7.

Le 8, mon frère, aujourd'hui directeur du service de santé à Brest, et moi, nous constatons une contracture très-prononcée du bras droit, moindre dans l'extrémité supérieure gauche. Les fléchisseurs sont seuls contractés. Les membres supérieurs restent dans la résolution et ont conservé leur sensibilité et leur motilité normales.

Ce jour-là, quelques petits mouvements convulsifs agitent pendant quatre ou cinq heures environ les muscles grands zygomatiques, canins et releveurs propres de la lèvre supérieure. Ces mouvements sont plus prononcés à droite, ils paraissent six ou huit fois par heure et durent chaque fois environ une minute. — Dix nouvelles sangsues sont appliquées deux par deux; une potion avec 40 grammes d'huile de ricin, deux lavements purgatifs, l'un avec séné, l'autre avec 30 grammes de sel marin.

Le 10, l'état de contracture des fléchisseurs a cessé complétement dans le bras et l'avant-bras gauches. Il persiste, mais à un degré moindre, dans le membre supérieur droit. La sensibilité et la motilité sont normales dans toute la moitié gauche du corps. A droite, au contraire, les divers moyens d'excitation employés ne produisent des signes d'impatience qu'après avoir été portés à un assez haut degré.

L'intelligence est très-nette; la mimique du blessé indique bien les réponses qu'il voudrait pouvoir faire; il ne souffre plus que de la partie postérieure droite de la tête; l'œil, intelligent, à iris contractile, suit les mouvements du médecin et des assistants; l'ouïe recueille tous les bruits; le goût est évidemment conservé, car le malade sait refuser telle ou telle potion ou tisane, et exprime le désir de prendre du bouillon; le toucher est parfaitement conservé dans la main gauche au moins, puisque, si l'infirmier est absent, le blessé discerne dans l'obscurité la pinte, le vase dont il a besoin.

Du 11 au 13, rien de nouveau.

Dans la nuit du 13 au 14, l'état s'aggrave. La peau est plus chaude et couverte de sueur; le pouls est petit (à 100); deux évacuations involontaires d'urine ont lieu, et des selles ont eu lieu pendant la nuit sans que le malade ait paru s'en apercevoir; les pupilles sont dilatées et très-peu contractiles; l'audition est moins nette, l'intelligence diminue; l'aphémie est toujours complète; absence de plaintes, mais le blessé exprime sa douleur par des mouvements et des regards que tout le monde comprend.

Le 14, vers neuf heures du soir, le pouls est filiforme et au moins à 130. La peau est couverte d'une sueur gluante, les pieds sont froids.

L'agonie commence le 15, vers minuit, et la mort termine ces jours de souffrance, qui resteront toujours inconnus pour nous, car le malade ne sachant pas écrire, n'a pu transcrire ses impressions.

Autopsie. — Le 17, devant un grand nombre de médecins de la marine et d'étudiants, qui pour la plupart avaient vu le malade pendant sa vie, j'ai procédé à l'autopsie. Après avoir exposé les faits qui précèdent et avoir rappelé les conclusions cliniques que j'avais cru devoir tirer chaque jour de l'ensemble des phénomènes morbides et que j'avais exposées spécialement devant un auditoire assez nombreux dans les leçons des 9 et 12 janvier courant, je rapprochai ce cas d'une autre observation d'aphémie traumatique que j'ai recueillie il y a quinze ans (*voy.* Obs. II), et je terminai en posant le diagnostic suivant :

1° J'admis, pour expliquer l'aphémie complète, l'existence d'une altération grave des lobes antérieurs du cerveau, probablement plus prononcée à gauche.

2° J'attribuai la contracture des membres qui avait disparu le troisième jour à une suffusion sanguine à la surface des deux hémisphères. Cette nappe sanguine devait être plus épaisse et plus étendue du côté gauche, la paralysie s'étant montrée du côté droit.

Ce diagnostic, peut-être un peu hardi, pouvait ne pas être confirmé par l'ouverture du cadavre; mais décidé, en cas d'insuccès, à renoncer désormais à toute recherche sur la localisation des facultés, je priai un étudiant, M. Simon, et M. le docteur Lagarde, de vouloir bien transcrire séparément les diverses altérations que pourrait rencontrer mon scalpel.

Aspect extérieur. — Homme vigoureux, muscles bien dessinés, aucune lésion appréciable de la peau, sauf les marques récentes des sangsues appliquées pendant la vie. Une incision longitudinale antéro-postérieure divise le cuir chevelu; celui-ci est rabattu de chaque côté. On aperçoit une ecchymose qui se prolonge dans une étendue de 10 centimètres. Cette suffusion sanguine est profonde, et elle part de l'apophyse mastoïde jusqu'à 16 millimètres de la crête occipitale externe.

Crâne. — Le crâne est scié horizontalement avec les plus grandes précautions. L'encéphale enlevé avec soin est replacé dans sa calotte osseuse.

L'examen du crâne démontre :

1° Une fracture qui, née 20 millimètres au-dessus du sillon destiné au sinus latéral droit, le traverse et vient, n'ayant décrit qu'une seule

sinuosité notable, se terminer à la partie antérieure du trou occipital.

Les bords de cette fracture sont à peine écartés. Un mince caillot paraît les réunir. Aucune trace d'épanchement n'est remarquée ni sur la dure-mère ni au-dessous d'elle. L'examen de ces parties a été des plus scrupuleux. Jamais méninges n'ont été plus saines.

L'enlèvement des membranes laisse découvrir une fracture transversale du rocher, à 5 millimètres en dehors du conduit auditif externe; son extrémité postérieure se termine à 2 centimètres de la première fracture. Pas de caillots, pas de suffusion sanguine sur aucun point. La membrane du tympan est intacte. La fracture a coupé perpendiculairement l'aqueduc de Fallope. L'écartement des deux bords de la fracture permet de voir le nerf facial, paraissant intact dans son canal rompu.

Un dessin qui a été fait par un de nos meilleurs étudiants, M. Neïss, représente très-fidèlement les deux fractures.

Encéphale. — Le cerveau présente à la partie antérieure du lobe frontal gauche, sur sa face convexe, un foyer sanguin avec destruction de la pulpe cérébrale.

Ce foyer, dont toutes les dimensions ont été mesurées à l'aide d'un ruban métrique, occupe environ les deux tiers externes de la face convexe du lobe frontal; il a 45 millimètres de largeur transversale et plus de 60 millimètres d'avant en arrière; il paraît s'arrêter à peu de distance de la circonvolution transverse qui borde en avant le sillon de Rolando.

Il est séparé par un intervalle sain de 2 centimètres de la grande scissure du cerveau. Son siége est évidemment la troisième circonvolution frontale et un peu des replis de la deuxième; mais la plus grande partie de cette dernière et la première circonvolution sont intactes.

Ce foyer, rempli d'une sorte de bouillie cérébrale mélangée de sang en petits caillots ou semi-fluide, n'est pas nettement limité, car une altération moins forte du tissu cérébral se montre en divers points, presque nulle en dehors et en dedans des 45 millimètres indiqués; elle se prolonge davantage en arrière.

En effet, les parties atteintes présentent : 1° Un ramollissement d'autant plus prononcé qu'on les examine plus près du foyer;

2° Une teinte d'abord d'un jaune très-foncé, qui se fond d'une manière insensible et qui arrive par des dégradations successives jusqu'au point où l'examen minutieux démontre l'intégrité de la substance cérébrale.

Nous ne pouvons estimer l'étendue totale de l'altération de la troi-

sième circonvolution à moins de 9 centimètres, y compris une partie de la circonvolution frontale transverse ou postérieure.

Une section perpendiculaire divise le lobe en deux points et permet de reconnaître que ces mêmes lésions atteignent la scissure de Sylvius et une des petites circonvolutions de l'insula de Reil.

La circonvolution la plus externe de la face orbitaire est également altérée, mais dans une étendue moindre.

Enfin, à l'extrémité antérieure du lobe frontal droit, dans l'épaisseur de la première circonvolution frontale, se trouve un petit foyer analogue au premier. Il n'a guère que 7 millimètres en tout sens; les tissus environnants ne présentent qu'un ramollissement très-léger et d'une teinte jaunâtre. En définitive, la première circonvolution frontale est seule altérée dans le lobe droit, et elle l'est dans une étendue très-minime.

Toutes les autres parties de l'encéphale ont été examinées avec un soin scrupuleux. Aucune altération. L'examen minutieux n'a pu même y rencontrer la moindre injection. Le tissu, loin d'être ramolli, est peut-être un peu plus ferme qu'à l'ordinaire, et il n'y a qu'une petite quantité de sérosité limpide dans les ventricules latéraux.

Obs. II. — *Fracture du crâne. — Aphémie immédiate complète et définitive. — Mort par submersion un an après. — Autopsie : grand kyste séreux sous la pie-mère, logé dans la troisième circonvolution frontale gauche.*

En 1848, étant chargé en chef du service de l'hôpital Saint-Mandrier de Toulon, je fus prié par M. Andrieux, chirurgien de la marine et prévôt de cet hôpital, d'aller voir un jeune enfant qui venait de faire une chute sur la tête.

Le 26 mai 1848, Marius ...., âgé de cinq ans et quatre mois, est tombé par une fenêtre d'une hauteur de 3 mètres. Le front a porté sur une pierre anguleuse. Une plaie presque verticale, ayant de 8 à 9 centimètres, divise la peau du front, à gauche et environ à 2 centimètres de la ligne médiane; elle se termine en entamant le sourcil et un peu la paupière supérieure.

Les lèvres de cette plaie sont écartées, et il est facile de constater au toucher et à la vue une fracture à peu près longitudinale du frontal dans une étendue d'au moins 6 centimètres. Il y a un peu d'enfoncement du fragment externe, car le doigt reconnaît facilement les inégalités du bord du fragment interne.

L'enfant est dans le coma. Le pouls petit, à 80; la peau froide, les pupilles dilatées, mais inégalement, la gauche plus que la droite.

La réaction provoquée survient peu d'heures après. On n'applique

pas de sangsues, car l'écoulement provenant de la plaie a été considérable; le coma disparaît après quelques jours. Il n'y a pas de paralysie. L'intelligence paraît nette, mais il est impossible d'obtenir une réponse quelconque ou même un son articulé de ce pauvre enfant. Il garde un silence complet, et ne pousse qu'un cri aigu, qui ne cesse que lorsqu'il a obtenu l'objet désiré.

Vingt ou vingt-cinq jours après, la plaie est presque cicatrisée, mais Marius garde toujours le même mutisme; cependant il écoute ce qu'on lui dit et obéit presque toujours aux ordres qu'on lui donne.

J'ai vu cet enfant bien des fois en 1848 pendant les mois de juillet et d'août; il m'a paru des plus intelligents, et cependant il m'a toujours été impossible d'en tirer un seul mot. Or tous les habitants de son village, près de la Seyne, ont déclaré qu'auparavant il était remarquable par une loquacité vraiment méridionale.

Je l'avais perdu de vue, lorsqu'en 1849 j'allai de nouveau prendre le service de Saint-Mandrier, pendant les mois de juin et de juillet, pour les blessés provenant du siége de Rome.

Le docteur Mittre, chirurgien de la marine, qui était un de mes bons camarades, m'appela pour examiner avec lui un enfant qui venait d'être trouvé noyé. Je reconnus sans peine le pauvre enfant que j'avais déjà vu.

Le corps, vêtu d'une chemise et d'un pantalon, ne présentait que quelques petites excoriations à la jambe droite, aux mains et au nez. Il avait été trouvé dans la mer à quelques mètres du rivage; les informations permirent d'établir la vérité. Le 14 juin, suivant son habitude, l'enfant se rendit sur la plage, et voulut s'amuser dans l'eau. Il laissa sa chaussure; mais après quelques pas, il glissa le long d'un rocher dans une excavation qui n'avait pas cependant plus de 50 centimètres d'eau. Ne pouvant appeler à son secours, après avoir essayé inutilement de gravir les parois de ce trou, il s'est noyé après une lutte dont la durée est restée inconnue.

J'emprunte ici à mon collègue la relation de l'autopsie que nous avons pratiquée ensemble, mais qu'il a bien voulu écrire et me donner.

« Cette autopsie est incomplète; nous avons dû, n'ayant que l'autorisation *tacite* d'un parent, procéder avec rapidité et dans le plus profond silence.

» La calotte enlevée à l'aide de la scie, le cerveau est retiré, et nous trouvons :

» 1° Des traces évidentes d'une fracture du frontal; elle siége environ à 2 centimètres à gauche de la suture frontale médiane; elle

mesure 4 centimètres; la table interne du fragment externe fait une saillie assez sensible en dedans.

» 2° Au-dessous et en arrière de cette fracture existe un kyste du volume d'une noix, presque sphérique, recouvert par la pie-mère, l'arachnoïde et la dure-mère, qui adhère solidement à la fracture. Ce kyste, suite certaine d'une ancienne contusion du lobe frontal gauche, renferme un liquide séreux, un peu trouble, dont la quantité est évaluée à 15 grammes; une membrane fine, blanchâtre, résistante, l'isole du tissu cérébral profondément déprimé. Il occupe la moitié externe de la face convexe du lobe frontal gauche, dans une étendue de 33 millimètres en tous sens. »

La situation de ce kyste n'est pas autrement indiquée sur l'observation rédigée en 1849 par M. Mittre. Mais j'ai gardé un souvenir précis de ce fait, que j'ai mis par écrit en 1850 dans les notes qui servaient à mes leçons, et je puis dire sans craindre de me tromper que le kyste était logé, sinon en totalité du moins en grande partie, dans la troisième circonvolution frontale gauche. C'est ce qui découle d'ailleurs de la description. La moitié *interne* du lobe frontal était saine. Le kyste était entièrement contenu dans la moitié *externe* de ce lobe, et il est clair que chez un enfant on ne peut loger dans cette partie du cerveau un kyste de 33 millimètres de diamètre sans intéresser profondément la troisième circonvolution, qui forme à elle seule au moins les deux cinquièmes externes du lobe frontal.

Réflexions. — Quelles déductions puis-je tirer de cette exposition fidèle des faits que j'ai observés?

J'ai dû réunir deux cas qui me paraissaient identiques. L'aphémie complète d'une part, le siége de la lésion, qui, sauf une étendue variable, est certainement le même, sont les points qui doivent les unir l'un à l'autre.

L'autopsie de Querniar nous montre:

1° Une fracture des fosses occipitales supérieures et inférieures droites se terminant au trou occipital;

2° Une fracture indépendante de cette dernière, coupant le rocher droit perpendiculairement à son axe.

Je ne dirai rien sur ce point. Ces fractures prouvent :

En premier lieu, que toutes les fractures de la base du crâne ne sont pas toujours des irradiations de fractures des os de la voûte;

En second lieu, qu'il est difficile de nier que la fracture du rocher ne soit pas une fracture par contre-coup ;

Enfin, *en troisième lieu*, que ce fait confirme toutes les expériences faites par M. Bauchet; celles faites à Brest et à Toulon par

mon frère Marcelin Duval, aujourd'hui directeur du service de santé à Brest; qu'il confirme également les observations pathologiques faites par M. Houël et par plusieurs autres, savoir : que tous les coups reçus en arrière du conduit auditif externe donnent lieu toujours, s'ils sont suivis de fractures, à la section transversale du rocher du même côté (1).

La suffusion sanguine répandue à la surface des deux hémisphères, plus étendue et plus épaisse sur l'hémisphère gauche, explique, d'après nous, la contracture des membres supérieurs, la disparition si prompte de ce phénomène musculaire à gauche, et la paralysie parue un peu tard dans les membres droits.

Le cerveau est sain dans toute son étendue : moelle allongée, protubérance, cervelet, corps striés, tout est dans l'état normal. La blessure n'occupe qu'une partie du lobe antérieur gauche du cerveau; elle respecte la première circonvolution frontale la plus interne, une grande partie de la deuxième, atteint surtout la troisième, la plus externe, se prolonge en arrière jusqu'au point d'atteindre la circonvolution frontale transverse, entame la scissure de Sylvius et même une des petites circonvolutions de l'insula de Reil.

C'est pour nous une contusion, ou mieux, une sorte de fracture par contre-coup du lobe frontal gauche.

Je dois faire observer, à l'appui de cette opinion, que le siége de la lésion est précisément aux antipodes de la fracture de l'occipital; celle-ci en arrière et à droite, celle-là à gauche et en avant.

Le ramollissement périphérique, les nuances plus ou moins foncées de la troisième circonvolution et des parties profondes, ne sont dus qu'à une infiltration faite de proche en proche du sang épanché par suite de la déchirure des vaisseaux.

Cet homme a vécu douze jours; pendant *huit au moins* il a eu toute son intelligence.

Je dois donc dire que je crois aujourd'hui que le siége de la faculté du langage est bien le lobe antérieur gauche. Et des diverses parties de ce lobe, il me paraît impossible de ne pas admettre comme siége plus spécial, peut-être unique, la troisième circonvolution de ce même lobe.

Je me trouve ainsi obligé de partager l'opinion soutenue par MM. Broca et Auburtin.

---

(1) Je possède cinq temporaux recueillis à Brest seulement depuis trois ans et demi chez des sujets morts dans mon service, et qui confirment le fait énoncé.

La lecture de l'observation II, écrite il y a plus de quinze ans, nous prouve les mêmes faits généraux. Les lésions sont semblables, l'altération est plus ancienne, mais mieux circonscrite. A cette époque, M. Mittre et moi nous avons poursuivi avec soin toutes les altérations et sur tous les points. Je ne trouve rien de plus à ce sujet dans la note ci-dessus relatée, et ma mémoire ne me fournit aucun autre renseignement.

Enfin, il est impossible pour les personnes qui ont suivi le premier blessé d'avoir un seul doute sur l'intégrité de ses sens et de son intellect.

Pour le deuxième blessé, un très-grand nombre de personnes ont pu, pendant une année, constater l'aphémie en même temps que le grand développement de l'intelligence.

Pour terminer, Queriar a promptement, par une mimique accentuée, su faire comprendre ses désirs et ses besoins. L'enfant eût été sauvé s'il avait pu appeler du secours, et si la faculté de la parole n'avait pas été anéantie chez lui.

N. B. J'ai adopté le mot *aphémie,* car je le trouve vrai et surtout euphonique.

DISCUSSION.

Thérapeutique des kystes hydatiques du foie.

M. VOILLEMIER. Je ne saurais partager entièrement l'opinion de notre excellent collègue M. Giraldès, qui conteste toute nouveauté au procédé de M. Boinet. Sans doute l'emploi du trocart dans l'opération des kystes du foie et le séjour de la canule dans la plaie pour déterminer des adhérences ne sont pas choses nouvelles ; mais M. Boinet, en substituant une sonde en gomme élastique à la canule aussitôt après l'opération, en faisant deux ponctions au lieu d'une, en divisant avec le bistouri le pont de parties molles qui les sépare, a créé des complications, des modifications, si vous voulez, véritablement nouvelles. Remarquez bien que je dis nouvelles sans ajouter qu'elles sont bonnes, et, chemin faisant, si l'occasion se rencontre, j'en examinerai la valeur.

Quant à la sûreté du procédé, comme à coup sûr je ne l'emploirai jamais, je ne pourrai juger de sa valeur par mon expérience personnelle. Mais je suis sûr qu'il ne se passera pas un long temps avant que M. Boinet vienne nous avouer, avec sa bonne foi habituelle, que l'infaillibilité dans les hommes ou dans les procédés n'est plus guère de notre époque. Cependant, notre confrère nous a apporté une observation intéressante qui pourra servir à l'histoire des kystes

du foie ; chacun l'examinera à son point de vue et en tirera le parti qu'il voudra, mais nous devons tous l'en remercier. Après tout ce qui a été dit, je n'aurais pas demandé la parole si M. Boinet, après avoir lu son observation à l'Académie de médecine, n'avait pas montré le désir, en la présentant à notre société, qu'elle devînt le sujet d'une discussion sérieuse. Aussi, je suis convaincu qu'en l'examinant même un peu sévèrement, je lui serai particulièrement agréable.

Ce qui m'a frappé tout d'abord en lisant le travail de M. Boinet, c'est qu'il présente la ponction des kystes du foie commo une opération inusitée, « une témérité chirurgicale qu'on ne conseille pas, et qu'on ose encore moins pratiquer ». Et relevant le courage des chirurgiens, il leur indique son procédé comme pouvant désormais rendre leur conduite « moins incertaine et moins vacillante ». Mais est-ce donc d'hier qu'on opère les kystes du foie ? Roux, MM. Velpeau, Jobert, Lenoir, Robert, Denonvilliers et moi-même, nous avons tous pratiqué cette opération. Les médecins eux-mêmes ne s'en sont pas fait faute : Récamier, Legroux, Aran, MM. Cruveilhier, Monneret, Moissenet, et bien d'autres, en ont rapporté des observations. Les faits sont nombreux aujourd'hui, et la ponction des kystes du foie est de pratique commune. Mais ce qui m'étonne plus encore, c'est que M. Boinet s'appuyait, pour parler ainsi, sur l'autorité de Bérard, de MM. Cruveilhier, Monneret et Moissenet. J'avais lu les travaux de ces messieurs, et j'en avais gardé une impression très-différente. Alors j'eus la curiosité de les relire, et je fus bien vite convaincu que notre confrère les avait étrangement interprétés.

Ainsi il nous dit que M. le professeur Bérard, dans un article du *Dictionnaire* en 30 volumes, a écrit : *qu'il vaut mieux respecter les kystes du foie que de les ouvrir.* — J'ouvre cet article et voici ce que j'y trouve : « *M. Récamier a non-seulement pratiqué l'ouverture des kystes du foie, mais encore il a érigé cette opération en précepte, et cinq succès bien authentiques sont de nature à encourager à la pratiquer de nouveau.* » (Vol. XIII, page 248.)

Il est vrai que deux pages plus loin il emploie les expressions qu'a citées M. Boinet, mais seulement à propos d'un procédé opératoire qu'il regarde comme dangereux. M. Bégin conseillait de fairo une large incision à la peau, de diviser les muscles, d'ouvrir le péritoine, de repousser l'épiploon ou l'intestin s'ils se présentaient dans la plaie, et enfin de pénétrer dans le kyste. Et M. Bérard disait : « *Si ce procédé est le seul applicable, ne vaudrait-il pas mieux respecter les kystes hydatiques du foie que de les ouvrir?* » En parlant ainsi, Bérard avait raison; car je ne connais pas de procédé plus dangereux que celui de Bégin. Notre collègue avait lu trop rapidement ce passage, et il n'a

pas vu que les paroles de Bérard ne s'appliquaient pas à l'ouverture des kystes, mais à un procédé opératoire défectueux.

M. Boinet n'est pas plus exact quand il cite les auteurs du *Compendium de médecine.* Non-seulement M. Monneret ne repousse pas l'ouverture des kystes du foie, mais il dit que *le traitement chirurgical est le seul duquel on puisse espérer quelque succès.* (Article Foie, page 112.)

Notre collègue est encore moins heureux quand il invoque l'autorité de M. Moissenet. Celui-ci écrivait, dans son travail sur les kystes du foie (page 150), que *la méthode de Récamier ne lui paraissait pas exempte de danger.* M. Boinet lui fait dire qu'il trouve cette méthode *très-dangereuse.* Ou les mots ne signifient plus rien, ou c'est prêter à M. Moissenet une pensée autre que la sienne. Que M. Boinet juge pour lui-même : si je lui disais que son procédé n'est pas exempt de danger, il me pardonnerait peut-être; mais si j'ajoutais qu'il est très-dangereux, il se montrerait à coup sûr moins tolérant. Pourtant, il aurait pu se tromper dans les mots et conserver l'esprit du travail de M. Moissenet. Loin de là; et la preuve est dans la dixième proposition, qui se termine ainsi : « Lorsque l'état de faiblesse du malade et » le volume énorme de la tumeur font prévoir que l'évacuation ne » poura être faite que peu à peu, à diverses reprises, *il faut, avant » tout, chercher à produire des adhérences solides entre le kyste et les » parois abdominales, par l'application de cautères profonds sur la » partie la plus saillante de la tumeur*, tant pour pratiquer sans dan- » ger de péritonite la ponction capillaire, que pour être en mesure » d'adopter plus tard telle autre méthode de traitement qui paraîtra » plus convenable. » Ainsi, M. Moissenet ne trouve pas très-dangereuse, comme le disait M. Boinet, la méthode de Récamier; il la conseille même pour la ponction capillaire ou tout autre procédé employé ultérieurement pour ouvrir le kyste.

Chose singulière, M. Moissenet, dont vous connaissez tous la sage réserve, ne parle avec quelque sévérité que d'un seul procédé, et ce procédé est celui de la canule à demeure, celui de M. Boinet. Comment notre collègue a-t-il eu l'instinct de ne pas lire ce passage, que je cite textuellement : « L'évacuation du kyste au moyen d'un trocart » de moyenne grosseur, doit nécessairement amener son affaissement » et le glissement de l'orifice de ponction sur les parois lisses de la » canule, tandis que les parois abdominales, en raison même de leur » épaisseur et de leur contractilité plus grande, doivent étreindre » et fixer solidement la canule au point d'arrêt. Si la séparation des » deux ouvertures n'est pas le résultat immédiat de l'évacuation du » kyste, n'a-t-elle donc pas de grandes chances d'être produite par

» les mouvements de la canule laissée en place? Mouvements inévi-
» tables, quel que soit le soin que l'on mette à la fixer. Un effort de
» toux, un éternument ou toute autre secousse peuvent compromet-
» tre cette position d'équilibre instable d'une canule métallique plan-
» tée dans des tissus d'organisation différente, et dont rien ne peut
» garantir la rétraction ou l'expansion simultanées. Ici encore, je
» voyais naître la péritonite aux efforts mêmes que l'on faisait pour
» l'éviter. »

M. Boinet me répondra sans doute que M. Moissenet n'a pu critiquer en 1859 un procédé publié en 1864. Je suis forcé de convenir que la chose est, en effet, difficile. Mais pourtant rien n'est plus vrai; et cela tendrait à faire croire que le procédé de M. Boinet n'est peut-être pas aussi nouveau qu'il veut bien le dire.

Je demande pardon à la Société d'entrer dans tous ces détails. Ce n'est pas ma cause que je défends, mais celle de collègues qui ne sont pas ici pour relever les erreurs qu'on leur attribue. Du reste, j'aborde la question elle-même: M. Boinet repousse la méthode de Récamier en lui reprochant : 1° *d'être douloureuse ;* 2° *de permettre difficilement d'arriver jusqu'au kyste*, 3° *de ne pas produire sûrement des adhérences péritonéales ;* 4° *d'exposer à des péritonites graves.*

Voyons ces divers points : Quand M. Boinet mit de la potasse caustique sur le kyste de sa jeune malade, espérait-il ne pas causer de douleur? Nul n'ignore que l'emploi des caustiques est toujours plus ou moins douloureux. Là n'est pas la question. Il s'agit de savoir si la douleur qu'un moyen détermine est suffisamment compensée par les avantages qu'on en retire. Si ménager qu'on soit de la sensibilité de ses malades, quel est donc le chirurgien qui reculera devant la souffrance qu'éveillera l'emploi d'un caustique, s'il doit, à ce prix, éviter une péritonite? La petite malade de M. Boinet n'a pas voulu souffrir la douleur produite par la potasse... Qu'est-ce que cela prouve, après tous les cas que nous avons chaque jour sous les yeux? C'est que notre collègue a eu affaire à une enfant mal élevée ; rien de plus. — Et voulez-vous, pour épargner les douleurs, un moyen auquel je n'ai pas fait l'honneur de la publicité? Chez une dame très-pusillanime, j'avais à ouvrir une tumeur fluctuante de la fosse iliaque. J'endormis la malade; pendant son sommeil je divisai avec un bistouri la peau et l'aponévrose, et dans la plaie je mis de la pâte de Vienne un peu consistante. L'action du caustique ne demanda pas plus de douze minutes, et le lendemain j'ouvris la tumeur avec toute sécurité. M. Boinet, qui veut épargner la douleur à ses malades, croit-il que son procédé est tout plaisir, quand il fait dans le kyste deux ponctions et coupe ensuite avec le bistouri et par couches le

pont de tissus qui les sépare ? Laissons cela, et passons aux autres reproches.

Les caustiques permettent difficilement d'atteindre le kyste. A la rigueur, on aurait pu adresser cette objection à Récamier le premier jour où il proposa sa nouvelle méthode. Mais ne tombe-t-elle pas devant les faits nombreux qui existent dans la science ? N'est-elle pas singulière à une époque où quelques chirurgiens veulent remplacer le bistouri par les caustiques, où chaque jour on enlève avec la pâte au chlorure de zinc les tumeurs les plus volumineuses ? La Société comprendra que je ne veuille pas insister sur ce point.

Voici qui est plus important : M. Boinet prétend que les caustiques ne produisent pas sûrement des adhérences péritonéales. M. Cruveilhier, sur l'autorité duquel il s'appuie, a douté également ; mais il a fait des expériences, et avec cette loyauté que nous lui connaissons, il est venu dire qu'il s'était trompé ; que les caustiques déterminaient des adhérences ; que ces adhérences étaient bornées, et qu'on ne devait pas craindre de péritonite étendue. Or M. Boinet ne pouvait pas en ignorer, car ces faits sont énoncés dans l'article même de Bérard qu'il a cité. Contester aujourd'hui ces adhérences, c'est nier une des lois les mieux établies de la pathologie générale, cette loi de l'inflammation adhésive, une des plus grandes gloires de Hunter.

Que M. Boinet me permette de le lui dire, il se montre quelque peu ingrat en attaquant la méthode de Récamier, qui lui a fourni un cas heureux, la moitié des deux cas sur lesquels il fait reposer la supériorité de son procédé. Il s'agissait d'un homme ayant un kyste hydatique du foie. Notre collègue veut l'ouvrir avec les caustiques ; la première application est faite le 17 du mois, et le 22 on était parvenu sur le kyste. Il est ouvert, et il sort une grande quantité de liquide entraînant beaucoup d'hydatides de volume variable, les unes grosses comme des noix, les autres comme des œufs. Le 24, l'*ouverture est agrandie avec un bistouri boutonné.* On ne dit pas pourquoi cette incision, quoique les hydatides sortissent si bien, ni quelle longueur on lui a donnée. — Mais, dans cette occasion, comment s'y est donc pris M. Boinet pour arriver jusqu'au kyste, lui qui trouve cela si difficile ? A cette époque, il avait donc confiance dans les adhérences que déterminent les caustiques, pour avoir osé agrandir l'ouverture du kyste ? Et qu'avais-je donc besoin de réfuter notre collègue, puisqu'il a si bien pris soin de se réfuter lui-même ? — Ce fait, puisque j'en parle, pourquoi donc M. Boinet le place-t-il à côté de celui qu'il nous présente aujourd'hui à l'appui de son procédé ? Il avait détruit les parois abdominales avec les caustiques, et il ne s'est servi du trocart que lorsqu'il était arrivé sur le kyste. Ce fait doit

être porté au compte de la méthode de Récamier, et non à celui du procédé de M. Boinet. Les deux faits se réduisent donc à un, à un seul, et voyons quelle est sa valeur, en même temps que celle du procédé.

Je ne veux pas reproduire les critiques très-justes de M. Moissenet sur la ponction. Mais encore, dans ce procédé tel qu'il est généralement employé, après avoir ponctionné le kyste, on laisse à demeure la canule, qui est toujours plus grosse que le mandrin et qui remplit exactement le trajet de la plaie. M. Boinet, aussitôt après la ponction, substitue à la canule une sonde élastique nécessairement plus petite, puisqu'il l'introduit dans la canule elle-même. Qui ne voit de suite que dans ce double mouvement de l'ablation de la canule et de l'introduction de la sonde, une certaine quantité de liquide peut s'échapper du kyste et passer dans le péritoine? Et ce danger, M. Boinet s'y expose deux fois en pratiquant deux ponctions. Comme ces deux ouvertures ne suffisent point pour la sortie des hydatides, il les réunira plus tard en coupant le pont de 3 centimètres qui les sépare. Mais quelle garantie a-t-il qu'il existe des adhérences dans cet intervalle? Il répondra qu'il a réussi chez sa jeune malade; mais avant de placer une canule à demeure, il avait ponctionné le kyste une première fois avec un trocart capillaire, et une seconde fois avec un trocart un peu moins gros que celui dont on se sert pour l'hydrocèle; quand il intervint en dernier lieu, ce fut quand il existait *des signes annonçant que le liquide était purulent*. Ne peut-on supposer avec quelque raison que l'inflammation qui avait amené la transformation du liquide avait en même temps produit des adhérences? Admettons un instant que ces adhérences soient dues à la présence de la canule; je le veux bien. Peut-on, avec un seul fait, établir la supériorité d'un procédé sur tous les autres? M. Boinet est-il bienvenu à parler ainsi quand il cite avec un certain dédain les *quelques succès* de la méthode de Récamier, qui en comptait déjà cinq en 1825?

La Société me pardonnera de m'exprimer avec une certaine vivacité; mais quand je songe avec quelle peine et après combien de temps la méthode de Récamier est parvenue à se faire accepter dans la pratique, quand je compte les services qu'elle a rendus, je ne puis voir avec calme qu'on s'efforce de la discréditer, et cela avec un seul fait, un fait mal établi. Si on y parvenait, qu'arriverait-il? C'est que plus d'un praticien, n'ayant plus confiance dans un moyen à l'aide duquel il croyait pouvoir éviter les épanchements dans le péritoine, n'oserait plus ouvrir les kystes du foie et abandonnerait les malades à une mort assurée. Aussi, en défendant la méthode de Réca-

mier, je crois servir le double intérêt de la science et de l'humanité.

Il est encore un autre point sur lequel je ne puis être d'accord avec M. Boinet. Déjà plusieurs fois il a dit dans cette enceinte, et avec une certaine affectation, que la teinture d'iode n'était pas irritante, qu'elle ne pouvait produire une inflammation, et je crois même, si je le poussais un peu, qu'il dirait que l'iode est un antiphlogistique. (M. Boinet fait un signe d'assentiment.) Oh ! me voici bien plus à mon aise. Si l'iode est un antiphlogistique, pourquoi donc est-il nécessaire de couper sa teinture de moitié d'eau avant de l'injecter dans les cavités closes? Pourquoi l'a-t-on vu, dans quelques cas malheureux, déterminer des inflammations terribles et causer la mort des malades? Mais les faits abondent contre cette manière de voir. J'ai traité un jeune homme (je ne sais si M. Boinet lui avait fait part de ses idées) qui voulut se couper une chaudepisse avec une injection de teinture d'iode. Quand je le vis, il avait une rétention complète d'urine ; sa verge était volumineuse, rouge, et tout faisait craindre une terminaison phlegmoneuse. Ce n'est qu'avec un renfort de sangsues, de bains, d'antiphlogistiques, vrais ceux-là, que je parvins à conjurer des accidents sérieux. J'ai vu un de nos confrères qui avait essayé de traiter des blépharites chroniques avec la teinture d'iode, développer des conjonctivites intenses. Dernièrement, j'ai fait l'autopsie d'un homme que j'avais opéré d'hydrocèle, et qui, après plusieurs années, est venu mourir dans mon service ; j'ai trouvé la tunique vaginale du côté opéré oblitérée. Dans tous ces faits, vous ne voudrez pas reconnaître l'action inflammatoire de l'iode. Et vous dites : Non, l'iode est un modificateur. Cela est bon pour les gens du monde ; mais ici, cette parole n'est pas sérieuse. Tous les topiques sont des modificateurs. Le vin, l'alcool, les acides affaiblis ou non, la solution d'azotate d'argent, sont, comme l'iode, des modificateurs. Je dirai plus, ils ont chacun une action spéciale qui nous échappe souvent ; mais ils se rattachent par un lien commun, celui d'irriter, d'enflammer les tissus quand ils sont employés avec une certaine énergie et dans certaines conditions.

Voilà la doctrine contre laquelle j'éprouvais le besoin de m'élever, parce qu'elle est contraire aux saines notions de la thérapeutique, et surtout contraire aux faits.

Toutefois, j'espère que M. Boinet voudra bien ne voir dans cette discussion que mon désir peut-être ambitieux de le convertir à mes opinions, et nullement l'intention de déprécier son travail.

M. BOINET lit la réponse suivante aux objections qui lui ont été adressées par MM. Giraldès et Dolbeau :

Dans les objections de M. Giraldès, il y a deux questions, l'une de

personne, ou plutôt de dignité médicale, l'autre de science; je vais répondre aux deux.

M. Giraldès a commencé par me dire que j'avais eu tort de donner à mon observation le titre que je lui avais donné; que c'était sans doute à mon insu que j'avais mis procédé nouveau et sûr, puisque le procédé que je proposais n'était ni nouveau ni sûr, et que d'ailleurs dire qu'un procédé est sûr, *infaillible* pour la guérison des kystes du foie, n'est pas d'un homme de science ni d'un chirurgien digne de ce nom...; qu'il ne faut jamais dire en médecine qu'on possède un moyen sûr, *infaillible,* et qu'on doit moins le dire lorsqu'une pareille affirmation ne repose que sur deux faits; que deux guérisons sont insuffisantes pour mériter au procédé dont je me proclame l'inventeur, les noms de sûr et d'*infaillible que je leur donne...*; enfin, qu'il faut être entièrement étranger à l'anatomie des kystes du foie, pour ne faire aucune exception et prétendre les guérir tous par le même procédé sûr et *infaillible,* etc.

Telles sont les critiques de mon collègue M. Giraldès, auquel je dirai d'abord que je ne permets à personne de toucher à mon honorabilité pratique et scientifique, et, lorsqu'il dit qu'il n'est pas d'un homme de science ni d'un chirurgien digne de ce nom de dire qu'il a un procédé *infaillible*, si c'est à moi que M. Giraldès a voulu adresser ces allusions malveillantes, je les repousse de toutes mes forces et le prie de les réserver pour ceux qui annoncent des méthodes *infaillibles.* Quand mon confrère dit que je propose un moyen *infaillible pour guérir les kystes du foie*, il y a erreur de sa part, car le mot infaillible n'est sorti ni de ma plume ni de ma bouche; qu'il veuille relire mon observation, et il restera convaincu que ce mot est de son invention; il ne trouvera nulle part, ni dans l'observation ni dans les réflexions qui l'accompagnent, que je propose un moyen *infaillible* pour la guérison des kystes du foie; M. Giraldès me prête donc une expression et une opinion qui ne m'appartiennent pas, et si je la relève, c'est qu'un journaliste, qui sans doute n'a pas lu non plus mon observation, a accepté les paroles de M. Giraldès comme vraies, et a cru devoir renchérir sur notre collègue en soulignant plusieurs fois le mot infaillible dans son compte rendu de la séance de la Société de chirurgie, peut-être pour mieux signaler à l'attention du public médical un médecin qui annonce des remèdes infaillibles pour guérir les kystes du foie.

Je ne doute pas des bonnes intentions du journaliste, que je n'ai pas l'honneur de connaître, puisqu'il cache son nom derrière un pseudonyme; mais s'il a voulu me rappeler ce que je dois à mon diplôme et à votre Société, dont j'ai l'honneur de faire partie, il a eu tort, car je n'ai jamais oublié ce que je me dois à moi-même et au corps au-

quel j'ai l'honneur d'appartenir comme médecin. Qu'il me permette donc d'espérer qu'à l'avenir, au moins, pour ce qui me concerne, il voudra bien ne pas ajouter *du sien* dans ses comptes rendus de la Société de chirurgie.

Ceci dit, j'aborde les objections de M. Giraldès. La sévère admonition qu'il m'a adressée vient du titre de mon observation; autrement, sans ce malheureux titre et les déductions que j'en ai tirées, je n'aurais reçu que des éloges, car il a eu la bonté de trouver mon observation intéressante, importante même, et digne de rester dans la science.

Que mon austère contradicteur veuille donc bien me permettre de lui faire observer qu'il a mal lu et mal compris le titre de mon observation, qui n'est pas intitulée procédé nouveau et sûr *pour guérir tous les kystes du foie,* comme il me l'a reproché et dit plusieurs fois, mais procédé nouveau et sûr *pour déterminer des adhérences entre le kyste et les parois abdominales.*

Deux faits pour vous permettre une pareille affirmation, ne sont pas suffisants, dit M. Giraldès... Je suis de votre avis, cher confrère, deux faits ne sont pas suffisants. Aussi me suis-je appuyé sur un plus grand nombre, et si vous aviez bien lu ou bien écouté mon observation, vous vous seriez dispensé de votre critique et vous auriez compris que le procédé que je propose pour déterminer des adhérences entre un kyste et les parois de l'abdomen n'est pas basé sur deux faits seulement, mais sur des faits déjà nombreux, empruntés aux kystes de l'ovaire, qui, eux, sont rarement adhérents à la paroi abdominale et sont par conséquent plus exposés à un retrait sur eux-mêmes que les kystes du foie, qui siégent dans un organe qui par sa position anatomique n'est pas susceptible de déplacement. Ce n'est pas sur mes deux faits seulement de kystes du foie que repose la sûreté du procédé que je propose, mais sur l'observation d'un grand nombre de kystes de l'ovaire que j'ai traités par la sonde à demeure, ainsi que j'ai pris soin de vous le dire dans mon observation.

Avec un langage qui n'est pas très-confraternel, M. Giraldès dit qu'il faut être entièrement étranger à l'anatomie des kystes du foie pour ne faire aucune exception et prétendre *les guérir tous* par le même procédé. C'est aussi une des objections de M. Dolbeau. Ce n'est pas à moi sans doute que s'adressent ces objections, puisque je suis de l'avis de ces messieurs, auxquels je ferai remarquer que je n'ai dit ni écrit nulle part une pareille absurdité; je ne puis que renvoyer ces messieurs à mon travail, pour leur montrer que sur ce point ils ont encore fait une objection qui n'avait pas de raison d'être.

Tous deux ils se sont écriés : Votre procédé n'est pas nouveau,

vous n'avez inventé ni les trocarts, ni les ponctions, ni les injections. ni les sondes à demeure, ni l'incision... Rien n'est à vous.... Mais où ai-je donc eu la prétention de m'attribuer ce qui ne m'appartient pas? où ai-je dit que j'avais inventé les injections iodées, les ponctions, les sondes à demeure, les contre-ouvertures?... Est-ce dans mon observation ou ailleurs? Non, on serait fort en peine de le prouver, car jusqu'à présent on m'a opposé des assertions vagues en me disant : On a fait ceci, on a fait cela avant vous... mais on a oublié de le prouver.

Ce que je réclame pour la nouveauté de mon procédé, ce ne sont ni les injections ni le trocart, etc., mais c'est la combinaison de tous les moyens qui m'a permis d'arriver à un bon résultat, et par une voie et des détails que personne n'a suivis jusqu'à présent, quoi qu'en disent MM. Giraldès et Dolbeau.

Non, je n'ai pas inventé les injections iodées, mais je les ai appliquées dans des cas où personne avant moi ne les avait employées. Non, je n'ai pas inventé les gros trocarts, mais j'ai montré par des faits qu'on pouvait pénétrer d'emblée et sans adhérences préexistantes avec un gros trocart dans les kystes de l'ovaire et du foie, et qu'on pouvait, en agissant ainsi, déterminer promptement et sans danger des adhérences solides entre les kystes et les parois abdominales à l'aide de sondes à demeure, et plus sûrement qu'avec tous les autres moyens employés jusqu'à ce jour....

Les contre-ouvertures, je ne les ai pas inventées non plus, mais j'ai appris qu'en en faisant usage, c'est-à-dire en perçant le kyste en deux points assez rapprochés l'un de l'autre, on arrivait sûrement à développer des adhérences sur une plus large surface, à se mettre à l'abri d'un épanchement dans le péritoine en suspendant le kyste à la paroi abdominale et en le fixant dans une plus grande étendue, d'où plus de sûreté pour pratiquer une large incision que je reconnais encore ne pas avoir inventée, pas plus que les bistouris qui servent à la faire. La nouveauté de mon procédé ne gît donc pas dans chacun des instruments ou moyens que j'ai employés, mais dans la combinaison raisonnée, réfléchie, de plusieurs manœuvres chirurgicales connues.

Que la Société veuille bien me permettre une petite comparaison qui peut-être paraîtra hors de propos, mais qui rendra bien ma pensée. Il est une invention que tout le monde connaît, c'est le fusil Lefaucheux; pour créer son système ou son procédé, cet inventeur a-t-il inventé le canon, la crosse, les batteries du fusil?... Toutes ces parties de son arme nouvelle existaient avant lui. Eh bien, avec toutes ces parties connues, anciennes, il a fait du nouveau... C'est ce que je

crois avoir fait ; je me suis servi du gros trocart, de la sonde à demeure, des injections iodées, etc. ; avec cela, je crois avoir fait du nouveau.

Enfin, voulant établir jusqu'au bout que je ne devais avoir aucune prétention à un procédé que je crois mien, on m'a opposé des assertions et quelques faits sans date que je vais examiner. Il sera facile de voir qu'ils n'ont pas la valeur qu'on leur attribue pour me déposséder.

L'observation la première en date et la plus importante, parce qu'elle est la plus ancienne, est celle d'Owen Rees, citée par M. Giraldès. Cette observation est consignée dans les *Archives générales de médecine*, t. XX, 4e série, p. 346, juillet 1849, et intitulée : *Kyste hydatique du foie traité avec succès par des ponctions successives*.

Le titre de cette observation indique le mode de traitement qui a été suivi ; il n'est question ni de sonde à demeure ni d'injections iodées. Au reste, voici ce qui regarde le traitement.

« Comme la santé générale paraissait altérée, M. Rees se borna à des frictions iodurées sur la région hépatique ; il donna l'iodure de potassium à l'intérieur. Ce traitement fut continué pendant vingt jours sans avantage réel ; le malade commençait à être tourmenté par des vomissements de matières pultacées, d'un brun clair, rejetées subitement et violemment, en grande quantité à la fois. Le pouls était fréquent, la face anxieuse ; il y avait une toux fatigante.

Le 4 décembre, une ponction exploratrice fut faite dans la tumeur par M. Hilton, qui plongea son trocart au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et le cartilage de la neuvième côte, à la réunion du tiers gauche de la tumeur avec le tiers moyen. Cette ponction donna issue à 38 onces d'un liquide transparent ; le soulagement fut immédiat ; les nausées et les vomissements disparurent ; la petite plaie se guérit sans péritonite. Cependant, la tumeur se remplissant de nouveau, elle fut ponctionnée le 7 janvier avec un très-petit trocart ; cette fois, au lieu d'un liquide transparent, on ne put tirer que 10 onces d'un pus très-fétide, parce que la canule s'obstrua. Deux jours après, on pratiqua une nouvelle ponction, à un quart de pouce au-dessus de la première, avec un large trocart, et lorsqu'on retira cet instrument, on laissa dans la plaie une sonde de gomme élastique, qu'on avait introduite par la canule. On obtint ainsi la sortie de 24 onces de pus fétide, de flocons membraneux et d'hydatides affaissées. Deux jours après, on retira la sonde de gomme élastique lorsque les adhérences furent établies. Il ne survint pas de symptôme de péritonite, mais seulement un peu de fièvre.

Le 18 janvier, il fallut ouvrir la plaie du trocart pour donner issue

à des hydatides qui s'accumulaient et qui empêchaient la sortie du pus. La suppuration continua à se faire dans l'intérieur du sac ; les hydatides, entières ou en débris, *s'échappaient continuellement*, mais le kyste revenait chaque jour sur lui-même, et la suppuration prenait un caractère plus louable. Un érysipèle, qui se développa au commencement du mois de mars et qui s'étendit à une partie du tronc, vint entraver pendant quelques jours la convalescence ; mais à partir du 13 mars, la guérison ne formait plus de doute.

Le 11 avril, la plaie était *presque entièrement fermée*, et la tumeur de l'hypochondre droit n'avait plus que le volume d'une petite noix. » (*Guy's Hospital Reports*, t. VI, octobre 1848).

Comme je l'ai fait remarquer, le titre de cette observation indique d'une manière positive que l'auteur lui-même n'a pas eu la pensée de traiter son malade par la sonde à demeure, dans le but arrêté, réfléchi, de provoquer des adhérences entre le kyste et la paroi abdominale, puisqu'il intitule son observation : *Kyste du foie traité avec succès par des ponctions successives.*

C'est donc aux ponctions successives qu'il attribue la guérison ; et quand je dis la guérison, je devrais dire l'amélioration, puisque lorsque le malade quitta l'hôpital, la plaie était encore fistuleuse. Si j'avais apporté un pareil fait à M. Giraldès, il n'eût pas manqué de me faire observer que mon malade n'était pas guéri, et qu'un chirurgien honnête et digne de ce nom aurait dû attendre pour le publier que la guérison fût complète ; mais notre distingué collègue a pour les étrangers des complaisances qu'il n'a pas pour ses compatriotes d'adoption.

Le procédé que j'ai suivi est-il celui du chirurgien anglais ? Comme lui j'ai ponctionné le kyste avec un gros trocart, comme lui j'ai laissé une sonde à demeure ; mais ici déjà se trouve une première différence. Je laisse la sonde à demeure pendant dix à douze jours pour provoquer des adhérences, je la change plusieurs fois, j'augmente son volume, et M. Rees ne l'a laissée que *deux jours*. A ce premier temps de l'opération, j'en ajoute un second : je fais une contre-ouverture à quelque distance de la première ponction, toujours dans le but de provoquer d'autres adhérences autour de cette contre-ouverture et d'augmenter leur étendue entre le kyste et la paroi abdominale, et de faire adhérer le kyste à une surface plus grande dans le but de pratiquer une incision assez large pour permettre à tout le contenu du kyste, liquide et hydatides, de sortir en une seule fois. Ensuite, la sonde que je laisse à demeure est percée de troux latéraux ; elle traverse le kyste et les deux ouvertures que j'ai pratiquées, et je la laisse en place pendant tout le temps du traitement, pour permettre l'écou-

lement continu de la sécrétion du kyste et faire des injections iodées pour modifier le pus. Cette sonde fait l'office d'un séton creux, d'un drain, si l'on veut.

M. Rees a fait en effet une incision, mais évidemmeut trop petite pour permettre l'évacuation complète du kyste, puisque les jours suivants la suppuration a continué de se faire dans l'intérieur du kyste, et que des hydatides entières ou des débris s'échappaient continuellement. Enfin, le malade de M. Rees est sorti de l'hôpital, non guéri. Qu'est devenu ce malade ? On n'en sait rien ; il est probable que la fistule et la suppuration, qui persistaient, étaient entretenues par la présence de quelques hydatides restées dans le kyste.

D'un autre côté, M. Giraldès admet-il qu'une sonde laissée en place pendant quarante-huit heures peut produire des adhérences assez bien organisées et assez solides pour se croire autorisé à faire une large incision à un kyste du foie ? Si des adhérences anciennes et préexistantes à la ponction faite par un large trocart n'avaient pas existé, M. Rees se serait exposé à un épanchement dans le péritoine, car il ne pouvait guère compter sur les adhérences qu'une sonde laissée à demeure pendant deux jours avait pu produire. Ce qui prouve d'ailleurs que ces adhérences existaient avant la ponction et la sonde à demeure, ce sont les symptômes que le malade avait éprouvés, vomissements, fièvre, face anxieuse, qui indiquaient un commencement de péritonite adhésive. Enfin, je ferai remarquer que M. Rees n'a pas fait usage des injections iodées. Ce fait de M. Owen Rees ne peut donc m'être opposé pour prouver qu'on a employé avant moi la méthode que j'ai suivie.

MM. Giraldès et Dolbeau ont aussi invoqué la pratique de M. Nélaton pour dire que ma méthode n'avait rien de neuf, et que je n'avais fait qu'imiter ce savant professeur. Si on veut bien examiner les faits de M. Nélaton et la date de ces faits, tout le monde restera convaincu que je n'ai rien emprunté à mon excellent ami M. Nélaton. Jusqu'à présent, MM. Giraldès et Dolbeau n'ont avancé que des assertions vagues qui ne prouvent rien. Ils auraient dû, pour me combattre, apporter la date et le texte des faits qu'ils m'opposent ; car il n'y a qu'un moyen d'établir une preuve avec impartialité, c'est de rapporter des faits d'une authenticité certaine, par ordre de dates et sans commentaires.

Avant d'entrer dans l'examen des faits de M. Nélaton, j'ai à signaler une confusion qui me paraît exister dans l'esprit de M. Dolbeau ; quand je parle d'injections iodées, il parle de sonde à demeure et *vice versâ*. Ainsi, il me dit : Chez le malade que vous avez opéré à la Charité en 1851, et dont l'observation a été publiée par M. le doc-

teur Mesnet, vous n'avez pas fait usage de la sonde à demeure ; donc vous ne pouvez invoquer cette date et ce malade pour soutenir que vous avez employé la sonde à demeure avant M. Nélaton... Jamais je n'ai cité ce fait pour établir que j'avais fait usage de la sonde à demeure, je ne l'ai rappelé que pour prouver que j'avais fait *des injections iodées dans les kystes du foie* avant tout autre ; et si chez ce malade je n'ai pas fait usage de la sonde à demeure, ce n'est pas parce que j'en ignorais les bons effets, mais c'est parce que, le kyste étant adhérent à la paroi abdominale, j'ai pu tout d'abord inciser le kyste sans recourir à la sonde à demeure. Mes applications de sonde à demeure dans les kystes de l'abdomen pour provoquer des adhérences entre ces kystes et la paroi abdominale remontent beaucoup plus loin qu'en 1851, et je vous en donnerai la preuve. Je me sers de la sonde à demeure pour faire des injections iodées dans les abcès froids ou chauds depuis 1839 : on peut consulter la *Gazette médicale*, année 1840, p. 605 ; le *Journal des Connaiss. médico-chirurg.*, 1846, page 49, et beaucoup d'autres publications. Mais ce n'est qu'en 1848 que j'ai reconnu que cette sonde laissée à demeure provoquait des adhérences, et que je m'en suis servi dans ce but particulier de faire naître des adhérences, et si M. Dolbeau veut en avoir la preuve, il peut consulter nos *Bulletins de la Société de chirurgie ;* il y verra que dans la séance du 6 février 1850 je parlais de la guérison des kystes de l'ovaire par les injections iodées, et que dans un mémoire que j'ai publié au commencement de l'année 1852 dans le *Bulletin de Thérapeutique*, tome XLIII, page 161, j'insistais sur tous les avantages de la sonde à demeure dont je me servais depuis plusieurs années. Je pourrais encore invoquer le témoignage de nos collègues MM. Velpeau et Follin, auxquels j'ai montré en 1850 une dame que je traitais par la sonde à demeure. Ces dates et ces faits montreront donc à MM. Giraldès et Dolbeau que j'ai fait usage de la sonde à demeure avant 1850, dans le but de déterminer des adhérences entre les kystes et les parois abdominales, et que j'ai fait en 1851 des injections iodées dans les kystes du foie.

Voyons maintenant les faits de M. Nélaton, et examinons leur date. M. Dolbeau me renvoie à sa thèse inaugurale soutenue le 2 mai 1856, et rédigée en grande partie d'après les leçons de son maître M. Nélaton, et il affirme qu'*il a amplement indiqué l'emploi de la sonde volumineuse laissée à demeure dans les six observations que renferme cette thèse.* Ou M. Dolbeau a oublié ce qui est dans sa thèse, ou s'il s'en souvient je suis forcé de lui dire qu'on n'y trouve pas ce qu'il a avancé. Votre thèse renferme huit observations et non pas six ; mais sur ces huit observations, six malades n'ont été soumis à aucun trai-

tement. C'est au point de vue de l'anatomie pathologique que M. Dolbeau a présenté ces observations, et non pour démontrer les avantages de la sonde à demeure et des injections iodées. Par conséquent il n'a donc pas raison de me les opposer pour prouver qu'on avait employé avant moi la sonde à demeure et les injections.

Voici d'ailleurs les deux seules observations, parmi les huit de M. Dolbeau, où il soit question de traitement. Je vais les citer textuellement, afin que la Société puisse juger des assertions de mes contradicteurs.

La première est intitulée : *Kyste de la face convexe du foie. — Ponction exploratrice avec l'aiguille à cataracte. — Suppuration du kyste. — Traitement par l'injection iodée. — Méthode Récamier. — Mort.*

Femme de vingt-sept ans. Application de pâte de Vienne les 28 février, 4 mars, 20 avril 1854. M. Nélaton plonge une aiguille à cataracte afin de juger de la distance séparant le kyste des téguments. Cette exploration est le point de départ d'accidents graves.

Le 23 avril, ponction à travers l'eschare ; deux litres d'un liquide louche, renfermant des pellicules blanchâtres, d'une odeur très-fétide.

Le 27 avril, la canule est laissée à demeure, mais une canule trop fine, qui ne favorise pas l'écoulement du liquide, qui est plus épais ; injection iodée qui reste dans le kyste.

Le 30, la *canule* s'échappe et nécessite une nouvelle ponction, qui ne laisse rien s'écouler ; de nouveaux accidents surviennent, et la malade succombe.

Ma première remarque sera que M. Nélaton n'a pas fait usage de la sonde à demeure, mais de la canule d'un trocart ordinaire. La seconde, c'est qu'on note à l'autopsie que trois applications de pâte de Vienne, faites le 28 février, le 4 mars, le 20 avril, n'ont, dans l'espace de cinquante et quelques jours, déterminé aucune adhérence entre le kyste et la paroi abdominale, et qu'il y avait seulement quelques brides très-faibles au niveau des piqûres d'un trocart ordinaire resté en place pendant trois ou quatre jours.

Evidemment MM. Giraldès et Dolbeau ne peuvent invoquer ce fait pour prouver que le procédé que je propose est celui qu'a employé M. Nélaton, et qu'il a employé avant moi les injections iodées dans les kystes du foie. Où est le gros trocart que j'emploie d'emblée et sans déterminer des adhérences ? Où est la grosse sonde que je place tout d'abord et pour empêcher l'épanchement dans le péritoine et pour provoquer des adhérences, et dont j'augmente le volume de temps en temps ? Où est la contre-ouverture que j'ai faite ? où est

la grosse sonde percée de trous latéraux qui traverse le kyste en deux points opposés pour augmenter l'étendue des adhérences? Où est la large incision de 3 centimètres pour faire sortir tout le contenu du kyste? Où sont les injections iodées quotidiennes pour modifier le kyste et enlever au pus ses mauvaises qualités? M. Dolbeau, aidé de M. Giraldès, aura beau chercher dans son observation, la commenter, l'interpréter comme il voudra, il n'y trouvera rien de semblable.

L'autre fait a été publié en 1856 par M. Cadet Gassicourt dans sa thèse inaugurale.

Il s'agit d'un malade de trente-six ans, qui entre à l'hôpital le 25 mars 1854. M. Nélaton commence par appliquer la potasse caustique, et dix jours plus tard, lorsque les adhérences sont établies, il enfonce d'abord une aiguille à cataracte, et, après avoir vu sourdre quelques gouttes de pus, il donne un coup de trocart dans la tumeur, et fait immédiatement une injection iodée, remplace la canule du trocart par une sonde en gomme élastique, qu'*il laisse à demeure pour continuer les injections iodées.*

Ici encore la sonde à demeure n'a donc pas été placée pour provoquer des adhérences, puisque celles-ci avaient été établies par le procédé Récamier, mais seulement pour *continuer les injections iodées.*

Sont-ce ces faits, invoqués par MM. Giraldès et Dolbeau, qui prouveront que M. Nélaton a fait avant moi des injections iodées dans les kystes du foie, et placé des sondes à demeure dans le but de provoquer des adhérences? Ces faits d'ailleurs, publiés en 1856, ne remontent qu'à 1854, et j'ai indiqué plus haut la date des miens, qui remontent beaucoup plus loin. Probablement que mes savants collègues, pour soutenir qu'il n'y a rien de nouveau dans mon procédé, ont en réserve quelques autres faits qu'ils vont nous faire connaître. J'en serai heureux, ma pratique aura au moins servi à confirmer celle de mes devanciers.

M. Giraldès nous a dit qu'il est inutile d'ailleurs de surcharger la science de tant de procédés nouveaux et inutiles, parce qu'il existe toujours des adhérences entre les kystes du foie et les parois abdominales. L'observation de M. Nélaton est là pour démontrer que des adhérences n'existent pas toujours, et que même trois applications de pâte de Vienne, faites à des intervalles assez éloignés, ne les produisent pas toujours, pas plus que les piqûres successives d'un trocart et une canule laissée à demeure pendant quatre jours. Si des adhérences existaient *toujours*, toutes les précautions prises et recommandées par les praticiens pour se mettre à l'abri de l'épanchement péritonéal seraient inutiles, et on devrait toujours pénétrer dans les

kystes du foie par une large incision. Malheureusement, jusqu'à présent, les faits ne sont pas venus confirmer l'opinion de M. Giraldès ; et c'est parce que le procédé de Récamier, dont le but était excellent, a de nombreux inconvénients, que bien des médecins, parmi lesquels je citerai MM. Bégin, Jobert, Trousseau et d'autres, ont cherché des procédés meilleurs pour établir ces adhérences et se mettre à l'abri des épanchements dans le péritoine. Et pour mon compte, quoi qu'en disent mes honorables opposants, je crois avoir appliqué un procédé plus sûr que tout ce qui existait. J'ajoute que je crois avoir rendu un service à la science et à l'humanité ; le temps et l'expérience en décideront.

En résumé, les déductions que j'ai tirées de mes observations sont-elles donc si graves et si antiscientifiques, que la moralité chirurgicale de M. Giraldès ait dû s'en émouvoir si vivement? La Société en jugera ; les voici :

« Etant impossible de reconnaître *à priori* si un kyste du foie est » uniloculaire ou multiloculaire, s'il est unique ou multiple, s'il ren» ferme une ou plusieurs vessies hydatiques, il faut, dès qu'il est re» connu, et autant que possible avant qu'il ait contracté des adhé» rences avec les organes environnants, ce qui n'a souvent lieu que » lorsqu'il est ancien ou devenu très-volumineux, il faut, disons-nous, » commencer le traitement par les ponctions capillaires, et les répé» ter aussi longtemps que le liquide se reproduit clair et limpide ; » mais dès que ce liquide devient louche, trouble, jaunâtre, purulent, » il faut immédiatement recourir à la méthode que nous venons d'in» diquer. Ainsi que nous l'avons fait chez deux de nos malades, il » faut laisser le drain en place jusqu'à l'oblitération complète et la » cessation de tout écoulement de liquide, et jusqu'à ce que les orga» nes environnants, qui avaient été déplacés et refoulés par le kyste, » aient repris leur place normale et comblé l'espace que le kyste avait » envahi, et qui maintenant, fixé à la paroi abdominale par les adhé» rences qu'on a provoquées, s'est rapproché de son point de départ, » c'est-à-dire de son siége primitif.

» Cette méthode, quoiqu'elle ne repose encore que sur deux faits, » servira, nous l'espérons, à faire avancer la thérapeutique des tu» meurs hydatiques du foie, et la conduite du praticien sera moins » incertaine et moins vacillante, maintenant que nous avons des in» dications et des règles de traitement bien établies. »

M. GIRALDÈS. Avant de corriger et de rétablir l'exactitude des citations, M Boinet devrait les vérifier lui-même. Il aurait pu lire l'observation d'Owen Rees dans le *Guy's Hospital Reports*, 1847, vol. VI, 1re partie, et aurait vu de ses propres yeux que je n'ai rien

avancé que de rigoureusement exact. L'observation est intitulée *Cas de maladie hydatique du foie guérie par l'opération.* Il n'y a là rien qui autorise l'interprétation de M. Boinet.

M. BOINET. J'ai cité l'observation de Rees d'après la rédaction qu'en avait donnée M. Moissenet dans les *Archives*, rédaction qui avait été indiquée par M. Giraldès dans le cours de la discussion.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, U. TRÉLAT.

Séance du 2 mars 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine; — le *Bulletin médical du nord de la France;* — le *Journal de médecine de Bordeaux;* — le *Bulletin général de thérapeutique;* — l'*Art dentaire;* — les *Archives générales de médecine;* — une brochure de M. Félix Bron, intitulée *Nouvelles sondes gouttières* et avantages qu'elles présentent dans le traitement par la dilatation des rétrécissements difficiles à franchir.

— M. le docteur J. Neudœrfer, professeur agrégé de chirurgie à l'Université de Prague, adresse à la Société, avec une lettre d'envoi, le premier volume de son ouvrage intitulé *Manuel de chirurgie d'armée.*

— M. Heurtaux (de Nantes) adresse l'observation suivante :

Kyste hydatique du foie. — Ponction unique avec un trocart capillaire. — Guérison.

M... (Théodore-Victor), âgé de trente ans, né à Lille, a été élevé depuis l'âge de six ans dans les environs de Nantes.

Il entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes (salle 4, nº 9) le 9 mars 1862.

Cet homme est de très-haute taille, maigre, mais assez fortement constitué, d'un tempérament bilieux sanguin (cheveux noirs, teint brun). C'est un malade intelligent et qui rend bien compte de tout ce qui s'est passé.

Aucun antécédent héréditaire; son père et sa mère, encore vivants, ainsi que deux frères, sont d'une parfaite santé.

Il y a cinq ans environ, il dit avoir éprouvé les symptômes suivants : douleur de côté à droite, vers la région du sein; crachats d'abord constitués par du sang pur, d'un rouge très-vif, et plus tard d'une teinte simplement rouillée. Cette affection a duré environ trois semaines, et fut regardée, dit le malade, comme une fluxion de poitrine.

Il y a trois ans, les mêmes symptômes se sont reproduits et ont eu la même durée.

Aucune autre maladie à noter.

Cet homme a fait quelques chutes de cheval, mais il ne se rappelle pas avoir jamais eu de contusion vers la région du foie.

Cuirassier pendant six ans, il a été en garnison à Lille, Cambrai et Verdun. C'est alors qu'il a éprouvé pour la première fois la maladie que je viens de mentionner. Depuis trois ans, il est gendarme dans le département de la Loire-Inférieure.

Il y a environ quatre ans, M... s'est aperçu qu'il était plus serré dans son uniforme; il a commencé à éprouver de la pesanteur vers l'épigastre et l'hypochondre droit. C'est il y a neuf mois, par hasard, en palpant le côté droit, que le malade a constaté pour la première fois l'existence d'une tumeur bien moins volumineuse qu'aujourd'hui, mais débordant les côtes de deux travers de doigt environ.

Depuis ce moment, la tuméfaction s'est graduellement accrue; cependant le malade affirme, et il y insiste sans qu'on appelle son attention sur ce détail, que la tumeur offrait quelques variations et paraissait moins volumineuse dans les temps chauds que pendant le froid.

La gêne a beaucoup augmenté depuis que la tumeur a pris un grand volume : le malade se fatigue facilement, et éprouve une pesanteur continuelle et de l'essoufflement pendant la marche; il n'y a ni toux ni expectoration; rien du côté du système circulatoire.

Des douleurs d'estomac assez fréquentes, dix ou douze vomissements survenus à l'occasion de fatigues et amenant le rejet de matières alimentaires ou glaireuses, tels sont les seuls troubles sympathiques que le malade mentionne. Ces vomissements et ces douleurs n'existent que depuis cinq ans; par conséquent leur début a coïncidé avec la maladie que M... désigne sous le nom de fluxion de poitrine.

Aucun trouble fonctionnel appréciable du côté du foie; il n'y a jamais eu d'ictère.

L'appétit reste bon, la langue normale; les digestions sont habi-

tuellement faciles, les selles naturelles et régulières. Les urines n'ont rien de particulier. Pas d'hémorrhoïdes ni de varices.

Le malade est maigre, mais il assure que jamais il n'a eu davantage d'embonpoint. Du reste, il a les apparences d'une santé parfaite, un assez bon teint ; pas de nuance jaunâtre des conjonctives.

A la simple inspection, on remarque au côté droit de la base de la poitrine une voussure très-manifeste qui déjette en dehors les dernières côtes. Au-dessous des côtes, vers la partie supérieure du flanc droit, la voussure est encore bien plus prononcée. En haut, cette saillie commence d'une manière insensible, tandis qu'en bas elle se termine bien plus brusquement, ce qui donne à la partie supérieure de l'abdomen la forme d'un cône à base inférieure. L'épigastre est saillant ; une voussure remplace la concavité naturelle de cette région.

La mensuration de la base de la poitrine donne en circonférence un centimètre et demi de plus à droite qu'à gauche.

A la palpation, on sent que la tumeur occupe tout l'hypochondre droit, s'avance vers l'épigastre et gagne même le tiers interne de l'hypochondre gauche.

Le malade étant dans le décubitus dorsal, on recherche quelles sont les limites exactes de la tumeur.

La limite supérieure est facilement déterminée par la percussion : le point le plus élevé se trouve en avant, au niveau de la cinquième côte, à l'union de cette côte avec son cartilage. A partir de ce point, à droite et à gauche, la matité suit une ligne courbe graduellement descendante, qui à gauche vient passer au niveau de l'extrémité inférieure du sternum. Cependant, au-dessus de cette matité absolue, on trouve encore une submatité qui remonte à environ deux travers de doigt plus haut. Vers la droite, la ligne de matité s'abaisse également d'une façon graduelle, de telle sorte qu'en arrière du thorax, à droite, la sonorité devient normale.

La limite inférieure, facile à sentir avec la main, offre quelques inégalités, mais peut être représentée à peu près exactement par une ligne transversale, qui, à l'épigastre, est à 13 centimètres de l'appendice xyphoïde, et vers le côté droit à 9 centimètres au-dessous du rebord des côtes.

Comme on le voit, les dimensions de cette tumeur sont très-considérables dans tous les sens.

L'auscultation donne absolument les mêmes résultats que la percussion. Limitée en avant au niveau de la cinquième côte, la respiration est en arrière aussi étendue qu'à l'état normal. Dans toute la poitrine, on n'entend aucune espèce de râle.

Le cœur, normalement placé, n'offre rien à noter.

Dans toute son étendue, la tumeur est d'une matité complète.

Dans les points où elle est le plus accessible, on la trouve d'une consistance ferme, élastique. La fluctuation y est assez manifeste, surtout quand on presse d'un côté à l'autre, à deux ou trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Dans cet endroit, la tumeur plus saillante forme comme une bosselure arrondie, peu proéminente et mal limitée, large d'environ 10 centimètres.

Les recherches faites dans le but de découvrir le frémissement hydatique restent sans résultats : la percussion légère avec un doigt ; une percussion vive avec les doigts d'une main, l'autre main étant largement appliquée sur la tumeur ; l'auscultation avec le stéthoscope, pendant que l'on percute plus ou moins fortement la tumeur avec un ou plusieurs doigts ; toutes ces explorations ne permettent point de le percevoir.

Malgré l'absence de ce signe, on diagnostique un kyste hydatique du foie.

M. Charcot ayant démontré la coexistence assez fréquente de kystes semblables développés dans le petit bassin, on ne devait pas négliger d'explorer cette région ; le toucher rectal n'y fait rien découvrir.

Les autres régions de l'abdomen ne présentent non plus rien de particulier.

Le 19 mars au matin, en présence de plusieurs de mes collègues de l'Hôtel-Dieu, je fais une ponction avec un trocart capillaire ayant un millimètre de diamètre.

On a donné dès le matin un lavement simple, afin d'éviter toute occasion d'efforts dans la journée.

Le malade étant placé dans le décubitus dorsal, à deux travers de doigt environ des fausses côtes et à 10 centimètres à droite de la ligne blanche, là où la fluctuation est des plus évidentes, le trocart capillaire est plongé dans une direction oblique en arrière et un peu de haut en bas, afin d'éviter que dans son retrait la poche kystique en s'élevant n'ait des tendances à abandonner la canule. Le trocart est enfoncé à 6 centimètres de profondeur.

Au moment où le poinçon de l'instrument est retiré, il s'écoule un jet de liquide blanc et clair comme de l'eau de roche. Une petite quantité de ce liquide est immédiatement essayée par l'acide nitrique : elle ne contient aucune trace d'albumine. Au début, le liquide sort sous forme de jet tourmenté, contourné en vrille ; il est probable qu'une hydatide, appliquée sur l'extrémité profonde de la canule, faisait obstace à l'écoulement. En effet, peu de temps après, quand une certaine quantité de liquide est sortie, le jet devient notablement plus

6.

gros, mieux nourri, et décrit une courbe plus arrondie. Depuis ce moment, l'écoulement est régulier presque jusqu'à la fin ; seulement, après avoir eu une grande force, le jet se ralentit graduellement, et dans les derniers moments il est remplacé par une série de gouttes se succédant avec rapidité. Aucune pression n'a été exercée sur les parois du kyste.

L'écoulement, qui ne dura pas moins de 1 heure 3/4, fournit une quantité énorme de liquide ; après la ponction, nous avons sur-le-champ pesé ce liquide avec exactitude, et nous avons reconnu qu'il en avait été extrait plus de deux litres (poids exact, 2,153 grammes). Sa densité est de 1,0074.

Avant d'indiquer les résultats de la ponction, je dois appeler un moment l'attention sur certaines particularités. Les mouvements respiratoires faisaient sentir leur influence sur la canule du trocart. Pendant l'inspiration, l'abaissement du diaphragme se communiquant à la tumeur entraînait en bas l'extrémité profonde de la canule, ce qui se traduisait extérieurement par des mouvements en sens inverse du pavillon de la canule.

A mesure que le liquide était évacué, la difformité tendait à disparaître, les parois de l'abdomen revenaient sur elles-mêmes, et le bord inférieur de la cage thoracique se dessinait de plus en plus.

Environ la moitié du liquide s'était écoulée, lorsqu'il s'échappa un petit flocon mince et délicat. Je l'examinai de suite au microscope et reconnus qu'il s'agissait d'un petit débris de membrane fertile d'hydatide, pourvue de gouttelettes huileuses et de nombreux échinocoques munis de leurs crochets. Il s'y trouvait en outre beaucoup de crochets libres. Quand l'écoulement se fut beaucoup ralenti, le liquide prit une teinte un peu opaline, qui était due, comme le démontra l'examen microscope, à la présence d'une grande quantité de gouttelettes huileuses et de granulations calcaires. Dans les derniers instants, plusieurs fois l'écoulement se suspendit ; mais il suffit de passer dans la canule un fil d'argent pour que l'obstacle à l'écoulement fût levé. Il vint enfin un moment où la sortie du liquide, après s'être effectuée goutte à goutte, cessa complétement. Ayant incliné légèrement en bas le pavillon de la canule, j'eus la sensation d'une faible résistance vaincue, et tout aussitôt un nouveau liquide sortit : celui-ci était tout à fait opalin, et sa quantité peut être évaluée à près de 100 grammes. Il est évident pour moi qu'une grosse hydatide avait été rompue dans cette manœuvre. Quand ce nouvel écoulement eut cessé, j'inclinai très-légèrement la canule dans deux autres directions, à droite et à gauche, afin de rompre les autres hydatides très-volumineuses qui pouvaient exister, mais en évitant bien de heurter les

parois du kyste. Aucun incident semblable à celui que je viens de mentionner ne se manifesta.

Alors la canule est enlevée avec toutes les précautions capables de prévenir la pénétration de la plus petite quantité de liquide dans le péritoine. Pendant qu'on la retire, un doigt exactement appliqué sur le pavillon empêche la sortie du liquide qui s'y trouve contenu, et les doigts de la main gauche mis à plat des deux côtés de la piqûre soutiennent les parois abdominales et les dépriment légèrement. Après l'enlèvement de la canule, la main gauche reste appliquée au niveau de la piqûre, afin de laisser les parois abdominales au contact du kyste, et après dix minutes quelques compresses soutenues par la main du malade lui-même servent à continuer la compression.

Presque aussitôt après que la canule est retirée, le malade éprouve une douleur assez vive dans l'épaule droite et dans le côté correspondant de la poitrine jusqu'au-dessous du bord des côtes. Cette douleur, qui s'accroît notablement dans les mouvements de l'épaule, dure d'une heure à une heure et demie, et cesse d'elle-même pour ne plus reparaître.

L'opéré reste couché pendant quarante-huit heures, et cinq ou six jours après la ponction il peut sortir en permission. Si j'ai attendu jusqu'à ce jour pour lui permettre de sortir, c'est uniquement par mesure de précaution et nullement par nécessité, car les résultats immédiats de la ponction sont des plus satisfaisants.

La base de la poitrine et la partie voisine de l'abdomen ont repris leur symétrie; le rebord des côtes se dessine de chaque côté à la simple vue, tandis qu'avant l'opération il fallait déprimer les parties molles pour le sentir. Au lieu d'une voussure considérable occupant l'hypochondre droit, l'épigastre et une partie de l'hypochondre gauche, on voit les parois abdominales fortement déprimées et comme excavées. Quelque chose pourtant est encore appréciable à la vue et au toucher : au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et le bord des côtes, on remarque, surtout si l'on examine obliquement les parois abdominales, une surface légèrement bombée, large de 5 à 6 centimètres.

A la palpation, ce même point, tout en étant mou et dépressible, paraît un peu moins souple que les parties voisines. La percussion donne partout du son, mais un peu moins à ce niveau. Il me paraît évident que tous ces signes physiques sont occasionnés par la membrane du kyste, complétement vide et aplatie.

Les jours suivants, mêmes résultats fournis par l'inspection et la percussion ; mais au palper abdominal, on trouve la membrane kys-

tique revenue sur elle-même, plus globuleuse et plus ferme. On n'y sent point de fluctuation.

Quant au foie proprement dit, en bas il ne dépasse pas du tout les côtes ; limité en haut par la percussion , soit le surlendemain de la ponction, soit les jours suivants, on trouve que de ce côté il produit la même ligne de matité que lorsque la tumeur existait. Toutes ces recherches ne déterminent aucune espèce de douleur.

L'exploration de tout le ventre est devenue facile depuis la ponction ; on n'y découvre rien d'anormal.

Quant aux quelques troubles fonctionnels qui coexistaient avec la tumeur , ils ont complétement disparu depuis que le liquide a été évacué : le malade n'éprouve plus ni vomissements ni crampes d'estomac , et surtout il n'a plus cette dyspnée et cette pesanteur qui le gênaient considérablement, surtout pendant la marche.

Cet homme est sorti de l'hôpital le 3 mai ; je l'ai revu quelque temps après, et me suis assuré que la guérison s'était maintenue.

Il y a peu de temps, j'ai eu de ses nouvelles ; depuis la ponction qui lui a été faite, il est resté d'une parfaite santé.

DISCUSSION.

Thérapeutique des kystes hydatiques du foie.

M. BOINET. Les objections qui m'ont été faites par M. Voillemier portent principalement sur trois points :

1° J'aurais eu tort de dire que le procédé dit de Récamier n'était accepté que faute de mieux, et surtout d'invoquer, pour soutenir cette opinion, des auteurs qui ont dit tout le contraire;

2° Le procédé que je propose est très-dangereux et ne repose que sur un fait, trop insuffisant pour le faire admettre;

3° Enfin, j'énonce une opinion contraire à l'observation, en disant que l'iode n'enflamme pas.

Examinons donc les unes après les autres ces différentes critiques, et voyons si elles ont la valeur que notre collègue leur donne.

A l'entendre, on croirait volontiers que j'ai dit que personne avant moi n'osait ouvrir certains kystes du foie, et il m'a cité plusieurs chirurgiens qui avaient pratiqué l'ouverture de ces kystes avec l'excellent procédé de Récamier. Je n'ai pas tenu un pareil langage, et qui lira mon travail verra que j'ai dit seulement que « jusqu'à présent la plus grande incertitude a régné au sujet de la thérapeutique dirigée contre les kystes du foie, et que les médecins avant Récamier et même depuis blâmaient ceux qui songeaient à recourir à une opération chirurgicale, et, pour prouver cette opinion, j'ai cité Lassus,

M. Cruveilhier, les auteurs du *Compendium*, M. Moissenet. Quant à l'opinion de Lassus, M. Voillemier la regarde comme surannée, et ne l'admet pas, parce que Lassus est mort depuis longtemps. Il est probable cependant que ce professeur avait eu de bonnes raisons, et qu'il avait éprouvé plusieurs insuccès ou été témoin d'accidents graves à la suite des ouvertures des tumeurs enkystées du foie, pour écrire qu'il taxait d'impéritie tout homme qui tenterait ce moyen de guérison (*Journal de médecine,* par Corvisart, Leroux et Boyer, vol. Ier). Puisque M. Voillemier trouve l'opinion de Lassus trop vieille pour être bonne, arrêtons-nous seulement aux opinions de nos contemporains, de MM. Cruveilhier, Bérard, Monneret, Moissenet, Trousseau, que notre collègue trouve excellentes et que j'aurais eu tort de citer pour prouver qu'ils n'étaient pas trop partisans du procédé de Récamier, tandis que si on consulte leurs écrits on y trouve au contraire qu'ils regardent ce procédé comme excellent et préférable à tous les autres; c'est sans doute parce qu'ils sont très-satisfaits du procédé de Récamier, que plusieurs d'entre eux, MM. Cruveilhier, Jobert, Bégin, Moissenet, Trousseau, ont cherché à le remplacer par d'autres.

J'avoue que les citations de M. Voillemier, pour me prouver que je faisais dire à ces écrivains le contraire de ce qu'ils avaient écrit, m'ont fort surpris, mais n'ont pas ébranlé l'opinion que la lecture de ces auteurs avait fait naître dans mon esprit, opinion toute contraire à celle de M. Voillemier; car, en résumé, ils sont loin d'être aussi enthousiastes de la méthode de M. Récamier que veut bien le dire mon collègue, et je crois que j'ai eu raison de dire que si jusqu'à présent ils ont conservé la cautérisation pour ouvrir les kystes du foie et provoquer des adhérences, c'est qu'ils n'avaient pas un meilleur procédé. Il me sera facile de le prouver également avec des citations prises dans ces auteurs.

Ainsi M. Cruveilhier dit, *Dictionnaire* en quinze vol., t. Ier, p. 229 : « La ponction, dans un kyste acéphalocyste non suppuré, a été faite par méprise, et l'issue funeste de cette opération, bien que des adhérences salutaires aient prévenu tout épanchement dans l'abdomen, est bien propre à éloigner de l'idée *de toute opération chirurgicale.* » Et plus loin (page 233), le même auteur s'exprime ainsi :

« L'ouverture de la tumeur par la potasse caustique est préférée à l'instrument tranchant par M. Récamier... » Après avoir décrit ce procédé, il ajoute : « Voilà la théorie; mais n'est-il pas probable que dans le cas précédent (il s'agit de la première observation où Récamier a appliqué la potasse caustique) il y avait des adhérences anciennes, lesquelles, isolant du reste du péritoine la portion de membrane qui en est le siége, ont permis impunément au caustique d'aller

au delà ? Et croit-on qu'une action aussi circonscrite du caustique aurait lieu s'il n'y avait pas d'adhérences, ou si ces adhérences étaient de nouvelle formation, pseudo-membraneuses ?... Pour peu qu'on connaisse l'aptitude des séreuses à l'inflammation, *qui n'est effrayé de l'idée* d'un caustique comme la potasse, prolongeant son action jusque sur le péritoine?... » Et M. Cruveilhier est si peu partisan de l'ouverture des kystes par la potasse caustique, et même de faire un traitement chirurgical, qu'il ajoute quelques lignes plus loin (p. 234) : « Si l'intervention de l'art chirurgical est nécessaire, c'est lorsque la tumeur, devenue adhérente aux parois, fait saillie à l'extérieur, lorsqu'un travail d'élimination est commencé ; alors on peut faire une ponction exploratrice, alors on peut préférer la potasse caustique à l'instrument tranchant.... *Mais tant que des signes positifs ne nous auront pas révélé l'existence d'adhérences de ce kyste aux parois abdominales, il nous semble qu'il convient de s'en tenir aux moyens généraux.* »

Je sais comme M. Voillemier que M. Cruveilhier voulant savoir si la potasse caustique ne produirait pas la péritonite, a fait sur un lapin des expériences qui lui ont appris que l'application de la potasse caustique ne développait pas de péritonite, mais aussi elles ont appris que cette application de potasse caustique, dont l'action avait porté jusqu'à la face externe du péritoine, n'avait pas déterminé d'adhérences (p. 236), et, par conséquent, si le lapin avait eu un kyste, il n'aurait pas été à l'abri d'un épanchement péritonéal, épanchement qui est toujours cause d'une péritonite mortelle.

En résumé, ces expériences ont-elles rendu M. Cruveilhier plus partisan de la méthode de la cautérisation ? Evidemment non, et la méthode qu'il recommande est la ponction capillaire. Peut-être que M. Voillemier trouvera un peu vieille cette opinion de M. Cruveilhier, puisqu'elle remonte à 1829 et même au delà ; peut-être pourrait-on croire que le temps, l'expérience ont modifié l'opinion de M. Cruveilhier et qu'il a reconnu que le procédé de Récamier était la meilleure méthode ; qu'on veuille bien consulter le troisième volume de son *Traité d'anatomie pathologique*, paru en 1856, p. 551, et l'on verra que ce savant professeur recommande la ponction capillaire.

Vous avez encore cité Bérard comme n'approuvant pas la méthode de Récamier, me dit M. Voillemier, sans doute vous avez lu trop vite, et c'est au procédé de Bégin et non à celui de Récamier que Bérard adresse des reproches.... Mais je suis étonné que M. Voillemier, qui, sans doute, lit plus lentement que moi et par conséquent mieux que moi, n'ait pas lu ce qui suit à la page 217 du treizième volume du *Dictionnaire* en trente volumes : « L'instrument tranchant

» ou les caustiques sont employés pour cette ouverture (ouverture des » kystes du foie); l'emploi de ceux-ci a, dit-on, l'avantage d'aug- » menter, de fortifier l'adhérence de la paroi abdominale, mais on » peut redouter *l'inconvénient très-grave ici* de faire une ouverture » dont on prévoit difficilement les limites. »

Et quand M. Voillemier dit que cinq succès bien authentiques, obtenus par le procédé de Récamier, c'est-à-dire par la cautérisation, sont bien de nature à encourager à la pratiquer de nouveau et à la préférer à tout autre procédé, il ne s'aperçoit pas qu'il commet une grosse erreur et que ces cinq succès authentiques n'ont pas été obtenus par la cautérisation, mais bien par la ponction capillaire. En veut-il la preuve? La voici dans le *Dictionnaire* en quinze volumes, t. Ier, p. 229 : « Cette ponction sur laquelle Ruysch déverse tant de blâme » vient d'être érigée en méthode exploratrice par M. Récamier, et » cinq fois le succès le plus complet est venu justifier son heureuse » audace. » M. Voillemier lit donc aussi quelquefois un peu vite....

Les auteurs du *Compendium de médecine* sont aussi, suivant M. Voillemier, très-partisans de la cautérisation de Récamier, et j'ai eu tort de leur attribuer une opinion contraire. Lisons donc encore ce qu'ont écrit ces praticiens. Après avoir décrit le procédé de Récamier, ils ajoutent :

« Nous terminerons en disant que l'expérience n'a pas encore pro- » noncé sur la valeur de ce traitement chirurgical, qui, dans tous les » cas, ne doit être employé qu'avec circonspection. » (*Compend. de méd. prat.*, t. I, p. 14.)

Ces opinions de MM. Bérard et Monneret commencent à n'être pas trop vieilles, puisqu'elles datent de 1836. Mais arrivons à une époque de date toute récente, à MM. Moissenet et Trousseau, à 1859 et à 1862...

M. Moissenet a publié un long et très-intéressant travail sur le traitement des kystes du foie, pour proclamer les avantages des ponctions capillaires sur tous les autres traitements et les recommander de préférence au procédé de Récamier, dont il parle ainsi :

« La méthode de Récamier, qui consiste à appliquer cautère sur cautère, au point le plus saillant de la tumeur, pour y déterminer des adhérences, et à fendre la dernière eschare avec le bistouri pour y pénétrer dans le kyste et obtenir son évacuation complète, etc., cette méthode hardie ne me paraissait pas hors de danger. Etait-on bien sûr de provoquer les adhérences protectrices contre le dernier temps de l'opération? » (*Arch. gén.*, t. XIII, 5e série, p. 154.) Et plus loin, dans le même volume, à la page 157, en parlant des méthodes em-

ployées pour se mettre à l'abri d'un épanchement dans le péritoine, il s'exprime ainsi :

« Donc, la méthode ou le procédé chirurgical qui mettra le plus sûrement à l'abri de cet accident, devra tout d'abord être considéré comme le plus parfait et obtenir la préférence sur tous les autres. Les méthodes dont il a été question tout à l'heure (de Récamier, Bégin et Jobert) *sont loin d'avoir toujours satisfait les médecins qui les ont employées*; *souvent les adhérences n'ont pas été produites*, et à quelques cas de succès obtenus par chacune d'elles, il n'est personne d'entre nous qui ne puisse opposer quelques revers. »

Avais-je donc si grand tort de dire que la thérapeutique des kystes du foie était encore incertaine et vacillante, lorsqu'un homme aussi compétent que M. Moissenet, après avoir lu et analysé tout ce qui a été écrit sur le traitement des kystes du foie, dit : « Je laisse à d'autres » la tâche difficile de décider en dernier ressort quelle est la meil- » leure méthode. » (*Arch. gén.*, t. XIV, 5e série, p. 59.)

Enfin, que M. Voillemier me permette d'invoquer l'opinion de M. Trousseau ; sans doute qu'il le trouvera très-compétent pour apprécier une méthode qu'il a souvent vu appliquer par Récamier, et qu'il a lui-même appliquée plusieurs fois. Ce savant maître n'est pas, comme M. Voillemier, convaincu que cette méthode est tellement bonne qu'il faille la conserver quand même... Reconnaissant ses inconvénients et ses dangers, il a cherché à la remplacer par une autre, et à la fin de l'année 1862 il communiquait à l'Académie de médecine un procédé pour déterminer des adhérences; ce procédé était l'acupuncture multiple. (*Gazette des Hôpitaux*, p. 537, n° 135.)

Il faut que notre collègue ait obtenu de bien beaux et bien nombreux succès par la cautérisation dans les kystes du foie, pour être partisan si chaud de cette méthode. S'il en est ainsi, il a bien tort de ne pas faire connaître ce que l'expérience lui a appris; car bien des praticiens, lorsqu'ils se trouvent en présence d'une maladie rare, comme un kyste du foie, s'empressent de consulter les maîtres qui ont écrit sur ce sujet. Et à cette heure, après avoir lu tout ce qui a été écrit sur le traitement des kystes du foie, ils n'emploieraient qu'en tremblant la méthode de Récamier, et ils ne l'emploieraient que forcés d'agir, et n'ayant rien de mieux à leur disposition.

Je maintiens donc ce que j'ai écrit, que la thérapeutique des kystes du foie est encore incertaine et vacillante, et que tous ceux qui ont écrit sur ce point trouvent de graves inconvénients et des dangers à la méthode dite de Récamier [1].

---

[1] **Déjà, avant Récamier, un correspondant de l'Académie de méde-**

Les citations que je viens de faire prouvent donc que si quelqu'un a cité inexactement, ce n'est pas moi, et que tous les auteurs que j'ai invoqués condamnent bien le procédé de Récamier.

La seconde objection de M. Voillemier est que le procédé que je propose est très-dangereux, parce qu'il expose plus aux épanchements dans le péritoine que la cautérisation, et que les sondes à demeure en gomme élastique ne produisent pas des adhérences. En effet, dit notre collègue, il est difficile de comprendre comment une sonde d'un moindre calibre que la canule du trocart peut boucher assez complétement les ouvertures faites au kyste et à la paroi abdominale, à moins d'admettre que le contenu est égal au contenant ; alors on ne s'explique pas comment cette sonde, de volume nécessairement inférieur à celui de la canule qui a pénétré dans le kyste, puisse se mettre en contact avec les parois de l'ouverture du kyste et y déterminer des adhérences ; et enfin, pour repousser la sonde à demeure, M. Voillemier cite l'opinion de M. Moissenet, qui pense que « l'éva» cuation d'un kyste au moyen d'un trocart de moyenne grosseur, et » à plus forte raison d'un gros trocart, doit amener nécessairement » son affaissement et le glissement de l'orifice de ponction sur les pa» rois lisses *de la canule*, tandis que les parois abdominales, en raison » même de leur épaisseur, de leur contractilité plus grande, doivent » étreindre et fixer solidement *la canule* au point d'arrêt. Si la sépa» ration des deux ouvertures n'est pas le résultat immédiat de l'éva» cuation du kyste, n'a-t-elle donc pas de grandes chances d'être » produite par les mouvements *de la canule* laissée en place ?... Un » effort de toux, un éternument ou toute autre secousse peuvent com» promettre cette position d'équilibre instable *d'une canule* métalli» que plantée dans un tissu d'organisation différente. » (*Arch. gén.*, t. XIII, 5e série, p. 152.)

Je ferai remarquer d'abord que notre judicieux confrère M. Moissenet fait toutes les réflexions que je viens de rappeler à propos de la canule laissée à demeure, et non de la sonde en gomme élastique. Celle-ci, en effet, étant beaucoup plus longue, peut pénétrer dans le kyste aussi profondément qu'on le désire, et bien plus loin qu'une canule de trocart ; par conséquent elle n'est donc pas exposée à abandonner le kyste ni à le laisser échapper, comme il pourrait arriver, et comme il est arrivé souvent avec une simple canule.

Une autre remarque que je ferai encore, c'est que l'affaissement du kyste, possible pour les kystes de l'ovaire en raison du lieu où ils

---

cine, le docteur Masseau, avait tenté l'ouverture d'un kyste du foie avec la pierre à cautère.

sont primitivement fixés dans l'abdomen, ne l'est guère, ou peut-être même pas du tout, pour les kystes du foie, en raison de leur siége anatomique. En effet, ces derniers une fois vidés opèrent leur retrait en haut, vers la paroi abdominale, de laquelle ils se rapprochent, si, bien entendu, ils n'ont pas contracté des adhérences avec les organes voisins ; ils ont donc plus de tendance à revenir sur la sonde, à l'avaler, si je puis dire, qu'à l'abandonner.

A cause de toutes ces circonstances, les craintes de M. Voillemier pour les dangers de la sonde à demeure sont donc plus chimériques que réelles. Pour ce qui est d'une sonde plus petite, qu'on laisse à la place d'une canule de trocart plus grosse, sa théorie tombe devant les faits, et notre confrère me paraît plus physicien que physiologiste dans ses explications. Il a peine à comprendre, quand il s'agit de la ponction d'un kyste, qu'une sonde plus petite puisse remplacer sans danger une canule plus grosse. Si, en effet, le trocart perforait les parois abdominales comme le ferait un emporte-pièce, et si cette perforation était faite dans des tissus non élastiques, non rétractiles, je comprendrais alors que le contenu étant moins gros que le contenant, il existât un espace qui pût laisser s'écouler un liquide quelconque. Mais il n'en est plus de même dans la ponction d'un kyste. Le trocart ne détruit pas les tissus, il les refoule, il les écarte forcément, brusquement, et, lorsqu'on retire le trocart, l'ouverture qu'il a faite se rétrécit à l'instant, et souvent si complétement que si l'on voulait introduire un stylet là où il y avait un gros trocart une minute auparavant, on y parviendrait difficilement. Mais, quoi qu'il en soit, si on a soin, après avoir vidé le kyste et placé convenablement le malade, de retirer lentement la canule dans laquelle on a fait glisser une sonde en gomme élastique pour la remplacer, il ne se fera aucun épanchement dans le péritoine. La meilleure preuve que cette manière de faire n'est pas dangereuse, c'est que depuis dix-sept ou dix-huit ans je l'ai appliquée plus de quarante fois en laissant la sonde à demeure, et au moins sept ou huit cents fois pour faire des injections dans les kystes de l'ovaire. Ce n'est donc pas un seul fait que j'apporte pour soutenir que la sonde à demeure peut provoquer des adhérences dans les kystes de l'abdomen, et qu'on peut sans danger remplacer la canule d'un trocart par une sonde en gomme élastique ; la théorie de M. Voillemier devra donc s'incliner devant des faits aussi nombreux; il est vrai que notre collègue, avec les idées préconçues qu'il a contre notre procédé, ne pourra jamais le juger pratiquement, puisqu'il déclare qu'il se gardera bien de le mettre en usage. Si je n'ai encore qu'un exemple pour les kystes du foie, qui anatomiquement sont dans des conditions bien plus favorables que les kystes de

l'ovaire, dont la mobilité, l'étenduc, le siége et le retrait bien plus considérable les exposent plus à abandonner la sonde qu'à la retenir, on doit en conclure que ce procédé devra être beaucoup moins dangereux pour les kystes du foiè, car qui peut le plus peut le moins.

Il me reste à parler de la prétendue inflammation produite par l'iode.

Cet agent est-il un irritant, produisant de l'irritation, de l'inflammation et toutes ses suites? Je dis : Non; car si l'on examine ce qui se passe lorsqu'on applique dc la teinture d'iode sur des parties enflammées, on voit aussitôt disparaître toutes les traces d'inflammation; alors une substance qui prévient l'inflammation, qui l'arrête lorsqu'elle apparaît, qui la fait disparaître lorsqu'elle existe, est-elle une substance irritante, suivant l'idée qu'on attache au mot *irritation?* Je puis donc avec de pareils faits, et dussé-je déchaîner les foudres de M. Voillemier contre moi, dire que c'est un *antiphlogistique.*

Or la teinture d'iode, employée en badigeonnage sur les surfaces irritées, enflammées, suppurantes, est un véritable antiphlogistique, puisqu'elle anéantit en quelques heures toute inflammation; ainsi, dans les maladies de la peau, pustules, vésicules, eczéma, zona, érythèmes, érysipèles, angioleucites, pustules varioliques, plaies, ulcères; dans toutes les inflammations des muqueuses de la bouche, du pharynx, des yeux, du vagin, du rectum, etc., il suffit de quelques badigeonnages avec la teinture d'iode pour modifier les inflammations, les arrêter.

Si l'iode avait les propriétés irritantes que lui suppose notre collègue, qui, je le crains, n'est pas plus disposé à l'employer que mon procédé, parce qu'il le juge *à priori* et sans l'avoir expérimenté, ne devrait-il pas augmenter les symptômes de l'inflammation plutôt que les détruire? L'iode agit comme *substitutif*, si vous voulez, mais il a une action spéciale relative sur nos tissus, et n'est pas un irritant, suivant l'idée qu'on attache aux mots irritation, inflammation. Il ne produit pas l'inflammation et ses suites, c'est-à-dire la suppuration, lorsqu'il est employé convenablement et à doses reconnues utiles par l'expérience....

Notre collègue sait, je n'en doute pas, qu'un même agent peut produire des effets variables, suivant qu'il est appliqué à doses plus ou moins fortes ou sur des tissus de nature différente... Si, par exemple, quelqu'un disait que la chaleur est un émollient, un antiphlogistique, il aurait raison; mais on pourrait facilement lui prouver, en l'appliquant à un degré plus élevé, que la chaleur est un irritant énergique, un caustique qui désorganise tout ce qu'il touche. Quand je dis que

l'iode agit comme antiphlogistique, quand on fait certaines injections, certains badigeonnages, sur certaines parties enflammées ou non, et dans certains cas, je ne dis pas que l'iode, qui est, sous une certaine forme, un caustique, ne deviendrait pas un irritant si on l'appliquait intempestivement, comme ont fait ceux qui soutiennent que c'est toujours un irritant des plus énergiques.

L'action de l'iode employé localement varie avec les doses et les modes d'administration, et ses effets ne sont pas les mêmes sur nos différents tissus ; enfin quelle que soit la manière d'agir de la teinture d'iode appliquée localement, qu'elle soit un antiphlogistique, un substitutif, voire même un irritant, suivant le cas, elle est toujours un modificateur local très-puissant et très-efficace. Que ceux qui prétendent le contraire veuillent se donner la peine de l'employer convenablement, ils seront bientôt de mon avis.

Je reviens à M. Dolbeau. Il ne me paraît pas heureux dans ses preuves.

J'ai avancé dans la dernière séance, dit ce confrère, que M. Boinet n'avait pas employé le premier les sondes à demeure, et j'en tire la preuve de son livre. — Il conseille la canule à demeure, mais il relate trois cas où il n'a pas employé la sonde à demeure, et M. Boinet ajoute que dès 1852 M. Nélaton employait la sonde à demeure pour les kystes. Je n'ai rien dit ni écrit de semblable ; on lit dans mon Traité d'iodothérapie que dès 1852 M. Nélaton a employé les injections iodées et non pas la sonde à demeure ; or, comme j'ai employé ces injections dès 1851, dans les kystes du foie, j'ai donc raison de dire que c'était avant M. Nélaton. Puis, où ai-je dit que les trois faits relatés dans mon ouvrage étaient là pour prouver que j'avais employé la sonde à demeure?... C'est une vue de M. Dolbeau... car je parle longuement des avantages de la sonde à demeure, mais sans m'appuyer sur aucun fait particulier de kyste du foie, mais en m'appuyant sur l'expérience que j'avais puisée dans l'observation et le traitement des kystes de l'ovaire.

Enfin, M. Dolbeau dit qu'il a lu une observation de kyste de l'abdomen publiée en 1835, où le traitement par la canule à demeure fut suivi de guérison. Pourquoi notre confrère n'indique-t-il pas le livre ou le journal où est publiée cette observation, afin qu'on puisse juger de sa valeur, car une assertion n'est pas une preuve infaillible?

M. DOLBEAU. Si j'ai dit que M. Nélaton avait employé la sonde à demeure dès 1852, c'est une erreur ; ce sont les injections iodées dont il faisait usage dès cette époque.

M. GIRALDÈS. Ma réponse à M. Boinet sera courte. A côté de la question de thérapeutique chirurgicale, il a groupé une série de con-

sidérations et d'arguments complétement étrangers à la question, et je ne le suivrai pas sur ce terrain.

J'ai blâmé un titre d'observation ; j'ai dit : Cette méthode, que M. Boinet nous propose comme nouvelle et sûre, n'est pas nouvelle, elle n'est pas sûre. Ses temps divers, ponction avec un gros trocart, contre-ponction, incision de l'intervalle qui les sépare, injections iodées, j'ai dit qu'on les avait exécutés dès 1847 ; je vais plus loin, et je dis aujourd'hui que la sonde à demeure a été employée dès 1836. Chez un malade du service de Richerand, M. Jobert incise l'eschare déterminée par la potasse caustique, et laisse une sonde à demeure pendant vingt-quatre heures. Trois ans plus tard, en 1839, M. Jobert suit la même conduite chez un autre malade. En 1847, je trouve l'observation d'Owen Rees ; en 1854, celle de M. Nélaton, rapportée dans la thèse de M. Cadet-Gassicourt ; en 1856, une observation de M. Malgaigne. (*Bulletin de la Société anatomique*, 1856, page 196.)

Pendant tout ce temps, M. Boinet ne songeait guère à l'emploi de la sonde à demeure pour provoquer des adhérences ; car en 1851 il exposait à la Société de chirurgie (*Bulletin*, page 348) son projet d'employer une canule de trocart munie de crochets latéraux pour fixer et faire adhérer le kyste à la paroi abdominale, projet que M. Maisonneuve lui disait avoir été déjà mis à exécution. En 1855, dans son *Traité de l'Iodothérapie*, M. Boinet, discutant la valeur du trocart à érigne et de la sonde à demeure, ne pouvait citer un seul fait lui appartenant, et M. Voillemier nous a déjà dit que M. Moissenet, critiquant l'emploi de la sonde à demeure, n'avait pu parler de M. Boinet, puisque son procédé nouveau n'avait pas encore vu le jour. Enfin, en 1859, dans un article publié par M. Boinet lui-même dans la *Revue de Thérapeutique*, il cite une observation de kyste hydatique du foie traité avec succès par des ponctions successives et la sonde à demeure *pendant plusieurs mois*, sans revendiquer pour lui la priorité de ce procédé.

Je constate à ce propos que M. Boinet a peu de mémoire, car cette observation citée par lui en 1859 est précisément celle d'Owen Rees dont il prétendait récemment ne pas connaître la version anglaise, observation qu'il donnait il y a cinq ans comme un exemple de guérison, tandis qu'il soutient aujourd'hui, et bien à tort, car rien ne permet cette affirmation, que le malade n'était pas guéri lors de la publication de l'auteur anglais.

M. Boinet a une remarquable puissance d'abstraction ; en face de ses recherches, il lui semble que la science n'ait rien fait pour fixer les méthodes de traitement des kystes du foie, et que la plus complète

incertitude pèse sur ce sujet. Pourquoi donc a-t-il négligé les articles de M. Cruveilhier dans le *Dictionnaire* en 15 volumes, de Bérard dans le *Dictionnaire* en 30 volumes, la thèse de M. Barrier, le traité de M. Davaine sur les Entozoaires, et l'important livre de Frerichs sur les maladies du foie ? Tous ces auteurs discutent les indications et les moyens de traitement des kystes du foie.

M. Boinet semble dire qu'avant lui on n'a obtenu que de rares succès ; or j'ai pu sans peine, et je suis bien certain de n'avoir pas fait un relevé complet, réunir vingt cas de guérison par la méthode Récamier et seize cas par les ponctions successives. Ce sont ces méthodes qu'il appelle impuissantes, tandis qu'en face de leurs succès nombreux et avérés il ne produit qu'un seul fait !

Tout au moins cela est prématuré. Tant que M. Boinet n'aura pas produit un nombre imposant de faits à l'appui de ses idées thérapeutiques, il me semble mal fondé à vouloir prendre si vite le rôle de réformateur de la science et de la thérapeutique des kystes hydatiques du foie.

COMMUNICATIONS.

Ovariotomie. — M. SERRE (d'Uzès) communique à la Société quelques nouveaux détails sur l'ovariotomie qu'il a pratiquée à Alais le 9 janvier dernier.

Après avoir rappelé les faits déjà publiés (*Gazette des Hôpitaux,* 1864, nº 13, p. 52), M. Serre signale une particularité importante de l'opération ; avant de pratiquer la suture, l'ovaire gauche se présenta aux regards des opérateurs et fut examiné avec soin par eux. On voyait à la surface deux ou trois petites bosselures d'aspect louche. Etaient-ce des kystes à leur début ? Fallait-il profiter de la circonstance pour retrancher immédiatement l'organe qui pouvait donner naissance à de nouveaux kystes ? Question délicate, qui, résolue par l'affirmation, entraînait pour la jeune malade la ruine absolue des fonctions de reproduction.

Heureusement, M. Serre se souvint que suivant toute probabilité les règles devaient arriver dans un bref délai, que ce qu'on prenait pour de petits kystes pouvait être attribué au travail congestif de l'ovaire, qui accompagne ou prépare la menstruation. En conséquence, l'ovaire fut réintégré dans la cavité abdominale et l'opération terminée par la suture de la plaie.

A part quelques accidents très-légers pendant les deux premiers jours et l'apparition des règles à la fin de ce deuxième jour, apparition qui confirmait les sages prévisions de M. Serre, rien n'entrava plus cette cure, qui est aujourd'hui définitive.

Sur la généralisation de la section du tenseur de la choroïde. — M. Serre. « On sait qu'il existe dans l'œil un petit muscle orbiculaire formant un véritable anneau dont l'action est destinée à déplisser, à tendre la choroïde, à jouer un rôle important dans l'exercice de la faculté d'accommodation. Il s'insère à la partie de la sclérotique la plus voisine de la cornée. Dans sa contraction, il resserre l'ouverture scléroticale et fait saillir la cornée, qu'il étrangle à sa base comme les cordons d'une bourse.

Attribuant le staphylome au spasme de ce muscle, Hancock a eu la pensée de le sectionner pour arrêter le développement de la maladie ou la guérir.

Maintes fois j'ai essayé cette opération. Les résultats n'ont pas été bien accentués en ce qui concerne la réduction du staphylome; mais elle a été décisive pour combattre les douleurs, lorsqu'elles compliquaient la propulsion de la cornée.

Ainsi une jeune dame qui avait perdu la vue par suite d'une ophthalmie eut le bonheur de cesser de souffrir deux jours après la section du tenseur, et son staphylome resta deux ans stationnaire. Nombre d'autres malades ont obtenu dans les mêmes conditions les mêmes avantages : la disparition immédiate de leurs souffrances.

Dans le glaucome, cette simple opération a arrêté les douleurs, les progrès de la désorganisation des parties.

Lorsque la fonction visuelle n'était pas abolie déjà, elle a été souvent conservée.

La section du tenseur m'a rendu d'immenses services dans les inflammations internes; dans l'iritis, lorsque la douleur est vive, — douleur inséparablement liée à un étranglement intra-oculaire. — Quand du pus existe dans la chambre antérieure, je fais simultanément la section linéaire de la cornée et du tenseur; le couteau, plongé dans le tiers inférieur de la cornée, la traverse verticalement et obliquement, ainsi que l'iris dans sa partie la plus périphérique, et ressort par la sclérotique à une ligne de la cornée, après avoir coupé le muscle ciliaire. Le pus sort par cette grande ouverture linéaire, qui n'expose pas à la gangrène comme l'incision à lambeau ordinaire, portant uniquement sur la membrane transparente.

L'une des applications les plus importantes de la section du tenseur est celle qui a été faite à l'opération de la cataracte, pour neutraliser la présence des cristallins durs plongés dans le fond de l'œil, où ils restent comme une épée de Damoclès suspendue sur la fonction visuelle.

Cette opération faite en temps utile, quelques heures après celle de la cataracte par abaissement, huit jours, un mois, six mois, un an,

deux ans après, lorsque le cristallin se déplace, devient corps étranger; cette opération, dis-je, éteint instantanément la douleur, et permet à l'organe d'en supporter la présence.

Je pense que les bienfaits de la section du muscle ciliaire peuvent s'étendre à l'œil compromis par l'extraction, lorsque la plaie cornéenne est complétement réunie.

Ils sont donc bien nombreux les services rendus par cette opération si simple et si facile. Il suffit d'un couteau de Wenzel, entouré d'un fil qui en limite le degré de pénétration, de manière à faire une incision de deux millimètres : on le plonge, tenu comme une plume à écrire, dans la sclérotique, de haut en bas, d'avant en arrière, le dos tourné du côté de la cornée, le tranchant dans la direction des fibres de l'albuginée, au-dessous du diamètre transverse, jusqu'au fil qui l'arrête.

La section du tenseur peut être faite par les praticiens les plus timides, les moins habitués à la chirurgie oculaire.

Trop rapprochée de la cornée, elle est suivie, mais sans inconvénient, d'un petit épanchement de sang dans l'œil, qui se dissipe promptement. Quelquefois la cicatrice étreint, sous forme d'un staphylome à peine visible, une portion d'iris; il sort quelques gouttes de sang, parfois de l'humeur aqueuse; jamais le corps vitré ne s'est montré dans la petite incision; elle peut être renouvelée après une dizaine de jours sur d'autres points.

Les services rendus par la section du tenseur peuvent être déduits du nombre de fois qu'elle a été appelée à me venir en aide pour vaincre les résistances des étranglements oculaires, bien plus fréquents qu'on ne le croit généralement. Ce nombre est vraiment considérable.

Sans rien enlever au mérite de l'iridectomie dans le glaucome, proposée par l'illustre oculiste de Berlin, la modeste piqûre ténotomique d'Hancock peut figurer à côté d'elle, parce qu'elle est facile à faire, qu'elle peut être renouvelée sans inconvénient, qu'elle donne des chances sérieuses de succès, sans nuire en rien à la forme esthétique du voile iridien, et qu'elle permet d'avoir recours plus tard à l'iridectomie, si cela devient nécessaire.

M. GIRALDÈS. Je regretterais de voir M. Serre s'exprimer avec réserve sur l'existence du muscle tenseur de la choroïde. Rien ne me paraît aujourd'hui mieux démontré que les fonctions accommodatrices de cet agent contractile. Quant à l'opération que M. Hancock a préconisée à Londres, à la place de l'iridectomie dont Græfe a tracé le premier les règles et qu'ont adoptée MM. Bowmann et Hulke à l'hôpital de Morfield, je comprends à la rigueur qu'elle puisse donner des

résultats dans les affections douloureuses de l'œil, avec compression intra-oculaire; mais je m'explique bien les insuccès de M. Serre pour le staphylome de la cornée, le muscle ciliaire n'exerçant aucune action sur cette partie de l'organe visuel.

M. FOLLIN. J'ai eu connaissance des faits de M. Hancock, et je crois que la question est définitivement jugée. Si je ne me trompe, cette pratique est abandonnée en Angleterre. Les faits cités par M. Serre ne m'ont pas convaincu; ils ne reposent pas sur un diagnostic suffisamment exact. Déjà autrefois on avait préconisé les ponctions de la cornée, l'évacuation de l'humeur aqueuse. Ces opérations agissaient comme celle de M. Hancock, elles calmaient la douleur. Mais c'est surtout contre le glaucome que ces opérations sont appelées à intervenir; or l'iridectomie n'est pas un simple palliatif de la douleur, elle arrête la marche de la maladie et rétablit la fonction visuelle si le glaucome est aigu ou subaigu. Je n'ai jamais su que la section du tenseur ait donné un semblable résultat. Je vois donc, d'un côté, une méthode qui a fait ses preuves, l'iridectomie; de l'autre, une opération dont l'action est douteuse et l'efficacité contestable.

D'ailleurs, je ne crois pas que dans l'opération de M. Hancock on coupe réellement les fibres du muscle de Brücke, qui devraient être coupées pour qu'on obtînt un véritable débridement. On sait, en effet, que le muscle ciliaire se compose de fibres radiées qui sont à la périphérie, et de fibres circulaires fines et situées profondément au pourtour du cristallin. Ce sont ces dernières qu'il faudrait couper. Je doute qu'on y parvienne, et j'ajoute que dans le cas où elles seraient intéressées par la pointe de l'instrument, il me paraît difficile de ménager la capsule et même le bord de la lentille cristalline.

M. SERRE. Je remercie M. Follin des éclaircissements qu'il vient de nous fournir sur la disposition du muscle de Brucke; laissant de côté les données anatomiques, je m'étais placé exclusivement au point de vue clinique. Loin de moi la pensée de vouloir en rien diminuer le mérite de Græfe à propos de l'iridectomie; mais cette opération présente des difficultés, elle n'est pas à la portée de tous les médecins. A côté d'elle, l'opération de Hancock est simple, facile, sans danger; elle me semble pouvoir rendre de grands services sans porter aucun préjudice à l'iridectomie.

M. FOLLIN. C'est précisément parce que cette opération est facile et à la portée de tous, que je la repousse. En présence d'un glaucome à marche plus ou moins rapide, on se laissera aller, grâce à un soulagement illusoire, à une temporisation qui amènera la perte absolue

de la vision ; on renoncera à la seule opération réellement efficace, l'iridectomie, pour se livrer à de fausses espérances.

M. GIRALDÈS. Pas plus que M. Follin, je ne voudrais voir l'opération de M. Hancock devenir chose de pratique usuelle. Dans ces conditions, on la pratiquerait à tout propos et hors de propos, sans diagnostic précis ; ce serait alors une chose dangereuse.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Polyarthrite vertébrale. — M. BROCA présente une pièce et remet une observation qui lui ont été envoyées par M. Azam (de Bordeaux).

Cette pièce est importante au point de vue des discussions qui ont eu lieu dans le sein de la Société sur les lésions du mal de Pott. On avait admis que les vertèbres peuvent être le siége de carie ou de tubercules ; cette pièce offre un exemple d'une troisième variété de lésion, l'arthrite vertébrale, qu'on peut nommer polyarthrite quand elle atteint plusieurs disques intervertébraux. Cette lésion paraît entraîner un genre de déformation spécial : la gibbosité, au lieu d'être brusque comme dans le tubercule, ou latérale, est représentée par une courbe médiane, régulière et non anguleuse. M. Broca a en ce moment dans son service une malade qui, selon toute probabilité, est atteinte d'arthrite vertébrale et présente une gibbosité de la forme qui vient d'être indiquée.

Voici l'observation de M. Azam :

Obs. — Marie F......., âgée de vingt-sept ans, couturière, souffre depuis deux ans de la colonne vertébrale ; depuis un an, elle est dans mon service, atteinte de mal de Pott, avec abcès situés sur les deux côtés de la colonne dorsale, un peu au-dessus des articulations sacro-iliaques. Ces abcès donnent des quantités considérables de pus. A plusieurs reprises, j'ai fait dans leur trajet des injections iodées, j'ai envoyé la malade passer trois mois aux bains de mer, le tout sans le moindre succès.

La malade s'est affaiblie peu à peu, quelques signes de tuberculisation se sont montrés, et, la suppuration augmentant de jour en jour, Marie F....... est morte e 22 février dans le dernier degré du marasme.

Autopsie. — Le poumon gauche présente à son sommet quelques tubercules ramollis et une petite caverne pouvant loger une noisette ; les autres organes sont sains.

Tous les désordres existent dans la colonne vertébrale.

Deux trajets fistuleux avec large décollement, ouverts un peu au-

dessus et en avant des articulations sacro-iliaques, vont rejoindre les articulations costo-vertébrales des deux dernières côtes, et donnent issue au pus. Ce pus s'écoule d'une vaste poche qui s'étend depuis la première dorsale inclusivement jusqu'à la première lombaire. Cette poche, peu développée en largeur, enveloppe tous les corps des vertèbres dorsales y compris la plupart des articulations costo-vertébrales; elle est constituée en bas et en avant par le péritoine, le tissu cellulaire sous-péritonéal très-épaissi, et une membrane pyogénique très-épaisse. Il ne reste aucune trace du surtout ligamenteux antérieur.

La colonne vertébrale présente les désordres suivants : les corps des douze vertèbres dorsales sont dénudés et érodés superficiellement; la première et la dernière ne sont atteintes qu'en partie; neuf articulations des corps entre eux sont détruites; les cartilages intervertébraux ont entièrement disparu, et sont remplacés par une bouillie blanchâtre qui contient une matière sableuse provenant du frottement des os entre eux. Le neuvième cartilage interarticulaire est remplacé par une soudure osseuse qui a été rompue, mais qui sur la pièce est facile à reconnaître; les vertèbres sont donc complétement indépendantes les unes des autres, du moins quant à leurs corps.

La plupart des articulations costo-vertébrales sont détruites et leurs surfaces articulaires érodées.

Deux demi-corps de vertèbres ont été enlevés en partie par un trait de scie; leur tissu, spongieux, était rouge, mais je n'y ai pas vu de tubercule; ne voulant pas détruire la pièce, j'ignore s'il en est de même des autres corps de vertèbres.

J'ai examiné au microscope le putrilage blanc qui existait entre les deux vertèbres soudées : j'y ai vu des granulations moléculaires qui ressemblent aux corpuscules du tubercule, mais je n'oserais affirmer l'identité.

Trois hypothèses sont en présence pour expliquer l'état de cette pièce.

Est-ce une tuberculisation diffuse et superficielle des douze vertèbres? Le fait est improbable, et l'examen insuffisant que j'ai fait de la pièce ne m'autorise pas à l'affirmer.

Est-ce une carie? Je ferai remarquer que toutes les vertèbres malades sont presque également atteintes; qu'elles ne sont malades que superficiellement; enfin qu'entre les corps la maladie paraît plus avancée et plus ancienne qu'à la partie antérieure, siége ordinaire de la carie.

Reste l'arthrite vertébrale. Cette dernière maladie semble rendre un meilleur compte des lésions anatomiques : un certain nombre d'ar-

ticulations auraient été primitivement malades, le pus aurait fusé de proche en proche en haut et en bas, décollant les parties molles, érodant superficiellement les os, et atteignant successivement dix articulations, et presque toutes les articulations costo-vertébrales ; une ostéite consécutive aurait amené la soudure de la neuvième et de la dixième dorsale.

Du reste, j'ai adressé à M. Broca la pièce entière et fraîche avec prière de l'examiner et de la présenter à la Société de chirurgie avec le résultat de son étude ; elle m'a paru très-digne d'intérêt au point de vue de la non-unicité du mal de Pott. Et bien que je penche plutôt pour l'arthrite vertébrale, je n'affirme point mon opinion, et je demande à être éclairé sur la nature de la lésion initiale.

La séparation des vertèbres entre elles existait sur le vivant comme sur la pièce, et elle était de telle nature que la malade, si elle avait été mise debout, se fût pour ainsi dire cassée en deux.

M. PERRIN. Je ne comprends pas que la courbure médiane et douce puisse toujours manquer dans la carie. Il peut se faire qu'une petite portion des vertèbres soit atteinte par la lésion et que la gibbosité consiste en une simple incurvation.

M. RICHET. On observe des cas d'ostéite en surface avec une légère incurvation antérieure. J'ai dernièrement eu dans mon service un malade chez lequel la carie avait déterminé une semblable incurvation ; c'est un fait contraire à l'opinion de M. Broca.

M. BROCA. La carie est une affection localisée ; elle ne produit pas toujours de déformation. Quand elle en produit une, c'est ordinairement un angle assez brusque. J'ai autrefois démontré que la gibbosité est bien plus fréquente et plus rapide dans le tubercule que dans la carie. Au reste, je ne donne pas cette disposition de la gibbosité comme un signe constant, mais je dis qu'en présence d'une déformation à courbure médiane régulière, on doit supposer de préférence l'existence d'une arthrite vertébrale.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

Séance du 9 mars 1864.

Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les journaux de médecine de la semaine. — Le journal mensuel *Montpellier médical.* — Quatre exemplaires d'une brochure intitulée : *De la maladie en Algérie et dans les pays chauds*, par M. le docteur Helye, médecin-major aux hôpitaux militaires de l'Algérie.

— M. Bouvier offre à la Société son discours prononcé à l'Académie de médecine : *De la vaccine du cheval.*

— M. Guersant fait hommage à la Société de sa brochure intitulée *Notices sur la chirurgie des enfants ;* 1re partie.

— M. le directeur général du département médical de l'armée anglaise adresse à la Société des remercîments de l'envoi des *Bulletins* de la Société 1862 et du tome V des *Mémoires.*

— M. le docteur Panas demande par lettre à être porté sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

DISCUSSION.

Thérapeutique des kystes hydatiques du foie.

M. DOLBEAU. La discussion soulevée devant la Société touche à sa fin ; je ne reviendrai pas sur certains points divergents du but primitif. Je veux seulement rétablir que j'avais appelé la discussion des indications opératoires pour les kystes du foie, j'avais dit qu'il fallait opérer quand des kystes à marche rapide et envahissante menacent de se rompre, quand le kyste renferme du pus. Au contraire, M. Boinet veut qu'on opère dès qu'on a reconnu l'existence d'un kyste ; il y a donc entre nous une dissidence marquée.

Ce qui m'a porté à formuler ces indications, c'est que j'ai été effrayé des résultats du traitement ; sur les six malades que j'ai traités par l'opération, j'en ai perdu cinq. M. Boinet croyait trouver ces faits relatés dans ma thèse inaugurale, ils n'y figurent pas par la raison simple qu'à l'époque où je rédigeais ce travail, je ne soignais pas

encoro de malades ; mais cela n'autorisait pas M. Boinet à dire que j'ignore ce qui est écrit dans ma thèse ; destinée à élucider une question d'anatomio pathologique, elle ne contient que des observations recueillies à ce point de vue.

M. Boinet se plaint de la confusion que je fais entre l'emploi de la sonde à demeure et celui des injections iodées ; si l'un de nous confond, je crois plutôt que c'est M. Boinet, qui parle à tout propos de kystes de l'ovaire quand il s'agit de kystes du foie. On sait quelles différences existent entre ces deux variétés de tumeurs.

Je ne reviendrai pas sur les questions de priorité, qui ont été suffisamment discutées.

M. VOILLEMIER. M. Boinet m'a prêté des opinions et il a cité mes paroles ; je ne le suivrai pas dans toute son argumentation, pour ne pas imposer à la Société de trop longues lectures en réponse à ce que je dirai.

M. Boinet me reproche de repousser un procédé sans vouloir l'expérimenter ; il me dit que cette critique n'est pas scientifique. Loin de là, jo pense que suivre cette marche est à la fois plus scientifique et plus humain.

En présence d'un procédé opératoire nouveau, on n'est excusable de l'employer que si, après les avoir pesés et jugés tous, on le trouve le meilleur, et surtout en cas de revers. C'est seulement à cette condition que la conscience du chirurgien peut être en repos. Faudrait-il donc pour avoir une opinion sur tous les procédés opératoires être astreint à les expérimenter tous ? On nous a déjà reproché les vivisections, que serait-ce si on pouvait nous accuser d'expérimenter sur le vivant ! Je suis d'autant plus à l'aise pour parler maintenant du procédé en discussion que M. Boinet est désintéressé, puisque ce procédé est celui d'Owen Rees.

J'ai dit que le procédé était mauvais. Deux fois je l'ai mis en pratique, en 1847 et en 1856. Chez mon premier malade, après la ponction, j'introduisis une grosse sonde que je laissai en place.... je crus à la guérison, mais deux ans plus tard une récidive était évidente, et M. Denonvilliers pratiquait une nouvelle opération. Je n'ai pas publié ce fait, parce que je n'ai pas l'habitude de communiquer au public chaque coup de bistouri que je donne, surtout lorsque je peux craindre qu'on ne dise que M. tel ou tel en a fait autant avant moi.

M. Barthez m'a communiqué trois faits qui déposent dans le même sens. Dans le premier cas, il employa la sonde à demeure, le malade mourut ; dans les deux derniers, la méthode de Récamier donna un succès absolu.

J'ai relu avec soin tous les textes que j'ai cités dans le cours de la

discussion, et j'affirme n'en avoir altéré ni la lettre ni l'esprit. Il y a un petit nombre de faits publiés avec des détails assez précis pour qu'on puisse juger en pleine connaissance de cause du résultat de la méthode employée, mais l'impression qui m'est restée de toutes mes lectures est que la méthode de Récamier est encore la plus sûre et la meilleure.

Je dis que la ponction sans adhérences préalables avec placement d'une sonde pour déterminer ces adhérences est dangereuse hormis un seul cas, celui où on est certain que des adhérences spontanées existent entre la paroi abdominale et le kyste, et où il faut agir très-promptement.

Et la preuve que la ponction est dangereuse, c'est qu'on a observé des cas de mort déterminés par elle. Il suffit de se rappeler le cas de M. Moissenet, qui semble se reprocher d'avoir choisi le procédé des ponctions capillaires et n'avoir été enhardi que par les discussions de la Société.

Je crois en somme que si la Société de chirurgie était appelée à se prononcer sur ce point de pratique important, elle ne manquerait pas d'émettre des conclusions favorables à la méthode de Récamier.

M. CHASSAIGNAC. Je n'ai jamais eu l'occasion de traiter des kystes suppurés du foie. Tous ceux que j'ai observés contenaient un liquide limpide. J'ai opéré quatre malades, j'ai eu quatre succès. Je n'oserais affirmer qu'il n'y ait pas eu de récidive après un certain temps, mais j'ai laissé les malades guéris.

Dans un premier cas, chez une femme, une ponction évacuatrice a suffi; chez un second malade, qui était maréchal ferrant, j'appliquai la potasse caustique, et je fis à travers l'eschare une ponction suivie d'injection iodée. Récemment, j'ai guéri deux autres malades par la ponction et l'injection iodée.

Je faisais d'abord une simple ponction évacuatrice, puis, au bout d'un certain temps, si le liquide se reproduisait, j'en venais à l'injection iodée.

On a peut-être eu tort de vouloir restreindre l'intervention chirurgicale aux cas où il y a inflammation du kyste, car on observe des individus dont la vie est menacée par le seul fait que le kyste tend à s'accroître.

Bien que les faits que j'ai observés diffèrent sous certains rapports de ceux sur lesquels a porté la discussion, j'ai cru devoir les citer, parce qu'il me paraît utile que chacun de nous ici donne le résultat de son expérience personnelle.

M. BOINET. J'ai répondu aux objections qui m'ont été adressées par mes collègues, je n'y reviendrai pas. Je veux seulement répondre

à M. Giraldès au sujet de la faculté qu'il me prête de faire abstraction des travaux d'autrui. Il suffit de jeter les yeux sur mon travail pour constater que j'ai cité la majeure partie des auteurs qu'il signale, et M. Cruveilhier, et Bérard, et le *Compendium* de médecine.

Quant à M. Voillemier, bien que nous différions sous beaucoup de rapports, nos conclusions se rapprochent, puisqu'il reconnaît que dans certains cas on peut pratiquer une ponction d'emblée. La Société et les chirurgiens jugeront la valeur et les conditions de la pratique que j'ai défendue.

M. VOILLEMIER. La discussion a montré les différences qui existent entre M. Boinet et moi. Je ne comprends guère qu'il n'ait pas tiré une autre conclusion du premier fait qu'il a cité. Cette première expérience était tout en faveur de la méthode de Récamier, tandis que M. Boinet s'en fait un point d'appui pour préconiser sa nouvelle manière d'agir.

La discussion est close.

ÉLECTION.

La Société nomme à l'élection une commission de trois membres chargés d'examiner les titres des candidats à la place de membres titulaires.

Sont nommés membres de cette commission, MM. Danyau, Verneuil et Guyon.

RAPPORT.

Sur le choix du lien constricteur dans les ligatures d'artères.

M. BROCA lit un rapport sur un travail de M. le docteur Chassaniol.

M. le docteur Chassaniol, médecin en chef de la marine, en retraite à Brest, nous a fait parvenir il y a quelque temps, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, un mémoire intitulé : *Considérations générales tendant à prouver les avantages d'un lien simple et fin sur les liens doubles employés dans la ligature des principales artères.*

Ce travail est un p'aidoyer en faveur des ligatures fines. Malgré le témoignage simultané de l'expérimentation, de l'anatomie pathologique et de l'observation clinique, et quoique la supériorité des ligatures rondes et fines sur les ligatures larges et plates soit admise aujourd'hui à peu près unanimement par tous les auteurs qui ont étudié ce sujet avec attention, une crainte en quelque sorte instinctive pousse encore beaucoup d'opérateurs à employer, dans la ligature des grosses artères, des liens composés de deux ou plusieurs fils. On a

abandonné les préceptes de Scarpa, et notre vénérable maître, le professeur Roux, a été probablement le dernier partisan de la méthode de l'aplatissement des artères; on a renoncé de même aux rubans larges et plats qui devaient mettre obstacle aux hémorrhagies consécutives, et qui, loin de tenir leur promesse, augmentent au contraire les chances de cet accident. Mais on se défend difficilement de l'idée que la rapidité de la section des parois artérielles doit être en raison directe de la finesse du fil ; et c'est pour cela que bon nombre de chirurgiens ont conservé l'habitude de se servir d'un gros fil double ou triple pour lier les grosses artères.

La question, on peut le dire, est aujourd'hui jugée dans la science, et ne paraît pas de nature à soulever une discussion dans cette enceinte, si ce n'est peut-être sur quelques détails d'importance tout à fait secondaire, ou sur les indications spéciales de quelques cas exceptionnels. Nous avons tous étudié le mode d'action des ligatures, le mode d'oblitération des artères ; nous savons que le véritable et presque le seul obstacle aux hémorrhagies secondaires, est le caillot formé au-dessus du fil, et que le meilleur procédé est celui qui assure le mieux la formation et la permanence de ce caillot ; nous savons encore que l'inflammation des parois artérielles, d'abord étreintes, puis divisées par le fil, est inévitable, qu'elle concourt à produire l'occlusion définitive de l'extrémité des vaisseaux, mais qu'elle ne peut dépasser certaines limites sans donner lieu au ramollissement et à la fonte du caillot, phénomènes qui, survenant avant la cicatrisation de la plaie, sont la cause la plus ordinaire des hémorrhagies consécutives ; nous savons enfin que l'inflammation provoquée par la présence du lien a d'autant plus de chances de s'élever au delà du degré voulu, que ce lien constitue un corps étranger plus volumineux.

La connaissance de ces faits nous permet de comprendre et d'expliquer pourquoi les hémorrhagies secondaires, loin de devenir plus fréquentes depuis que l'usage des ligatures fines s'est répandu, sont au contraire devenues plus rares ; et s'il peut y avoir parmi nous quelques dissidences sur le degré de finesse du fil constricteur, si plusieurs d'entre nous, et je suis du nombre, ne sont pas disposés à reconnaître la supériorité des ligatures extrêmement fines employées par Lawrence et par ses élèves, je crois du moins ne pas m'écarter de la vérité en disant que nous sommes d'accord sur ce point que les ligatures rondes, souples et peu volumineuses sont préférables aux liens aplatis, composés de plusieurs gros fils.

Mais nous ne pouvons pas ignorer que ce principe, admis aujourd'hui dans la science, est encore loin d'avoir pénétré dans l'esprit de tous les praticiens. Tout ce qui peut contribuer à le répandre dans

la pratique mérite donc notre approbation , et à ce titre nous devons signaler l'utilité du mémoire de M. Chassaniol.

L'auteur présente d'abord un abrégé historique des recherches expérimentales qui ont conduit à la découverte du véritable mode d'oblitération des artères liées. Il commence son exposé par un résumé des opinions formulées dans le célèbre mémoire de Jones et reproduites dans la thèse de Lisfranc. Quoique Jones ait attribué l'occlusion des artères liées à un épanchement de lymphe plastique provoqué par l'action traumatique du fil, et quoiqu'il ait méconnu l'importance du caillot, il est juste de reconnaître que c'est lui qui a ouvert la voie aux doctrines modernes en réfutant d'une manière irrésistible la théorie invoquée par les partisans des ligatures plates. En 1805, époque où il publia son ouvrage, on croyait généralement que la ligature agit en appliquant l'une contre l'autre les surfaces opposées de la membrane interne des artères ; le rôle du caillot signalé par J. L. Petit était oublié ou considéré comme accessoire ; c'était l'inflammation adhésive *des surfaces mises en contact* qui passait pour le véritable agent de l'oblitération.

S'il survenait une hémorrhagie secondaire, on supposait que le lien constricteur avait coupé le vaisseau trop rapidement, sans laisser à l'inflammation adhésive le temps de le fermer solidement , et d'après cette vue théorique , on s'attachait à choisir des moyens de constriction propres à *aplatir* l'artère au lieu de la *froncer*. Les rubans plats, les ligatures plates composées de trois ou quatre gros fils, le presse artère de Deschamps , la ligature médiate, sur une petite compresse , sur un morceau d'agaric, sur une lame de plomb, ou enfin sur un petit cylindre de diachylon , étaient destinés à remplir cette indication, et ce qu'on se proposait avant tout, c'était de respecter entièrement la continuité des tuniques artérielles. On savait bien que la chute de la ligature ne pouvait se faire sans que ces tuniques fussent divisées, mais on croyait que la section s'effectuait de dehors en dedans, c'est-à-dire en procédant de la tunique externe à la tunique interne , et qu'elle était d'autant plus lente que le lien était plus volumineux.

Telle était la doctrine généralement adoptée lorsque Jones entreprit ses mémorables expériences. M. Chassaniol se proposant surtout d'écrire l'histoire des ligatures fines, n'a pas fait remonter son historique au delà de 1805, et il pouvait dès lors se dispenser d'exposer les idées qui avaient cours dans la science avant cette époque. Mais il y a un fait fort important qui se rattache directement à la question spéciale des ligatures fines, et qui méritait d'être constaté avant tout ; c'est que les recherches de Jones ont eu pour point de départ une découverte de Desault. Jones était convaincu d'avance que l'occlusion

des artères liées s'effectue par un travail de cicatrisation pure et simple. « Pour m'en assurer, dit-il en commençant le chapitre III, où il » traite de l'action de la ligature, pour m'en assurer, je cherchais à » imaginer une expérience dans laquelle la tunique interne de l'artère » pût être blessée, lorsque mon ami M. J. Thomson, d'Edimbourg, » m'informa que dans tous les cas où une ligature est appliquée sur » une artère sans y comprendre les parties environnantes, *la tunique* » *interne en est déchirée;* il ajoutait que le fait avait déjà été signalé » par Desault. Il me fit aussi voir une portion d'artère prise sur un » homme dans laquelle les tuniques interne et moyenne avaient été » divisées par la ligature. Cette circonstance, d'accord avec mes recherches, donna lieu aux expériences suivantes. » (1)

Une phrase assez vague qu'on a retrouvée dans un mémoire de Deschamps publié en 1792, trois ans avant la mort de Desault, a fait élever des doutes sur les droits de ce dernier à la découverte du fait qui a servi de base aux expériences du jour. Mais M. Malgaigne a fait remarquer que Deschamps ne parlait que des artères aussi volumineuses que la fémorale ; et j'ajoute que Deschamps s'est exprimé comme s'il n'avait point vu la chose de ses propres yeux. « Si l'on considère, dit-il, l'action de la ligature sur un tube artériel aussi considérable que l'est la fémorale, on verra que l'épaisseur de ses parois permet difficilement de la plisser assez pour en effacer la cavité, et qu'il faut une constriction assez forte pour y parvenir ; que par cette constriction *l'artère se trouve rompue dans toute sa circonférence ;* que *le tissu cellulaire qui l'entoure résiste seul pour un temps à cette constriction;* mais que bientôt, venant à s'user par la pression, l'artère se trouve à nu, et ne peut, *étant rompue*, résister à l'impétuosité du sang (2). Et Deschamps conclut de là, qu'au lieu de lier les grosses artères, il vaut mieux les aplatir « par une machine quelconque ». Or, il est bien certain que Deschamps n'a jamais vu le phénomène impossible décrit dans ce passage, car le fil le plus fin et le plus serré appliqué sur l'artère la plus volumineuse ne coupe immédiatement que les deux tuniques internes et respecte la continuité de la tunique externe. Il est donc évident que Deschamps n'a pas fait l'expérience qu'il invoque. Contemporain de Desault, à qui Bichat rap-

(1) Jones, *A Treatise on the Process employed by Nature in suppressing the Hemorrhagie*. London, 1805, in-8°. Le passage que nous reproduisons est extrait de la traduction de Maunoir, publiée dans les *Mélanges de chirurgie étrangère*, t. III, p. 168. Genève, 1826, in-8°.

(2) Deschamps, *Sur un anévrysme de l'artère poplitée, etc.*, journal de Fourcroy, t. IV, p. 314. Paris, 1792, in-8°.

porte nettement la découverte du mode d'action des ligatures (1), il avait entendu parler vaguement de la section des tuniques internes ; il se figura qu'il s'agissait d'une section complète, et il la fit avec d'autant plus de complaisance qu'il y trouvait un argument saisissant en faveur de son presse-artère. Si l'on veut bien considérer d'ailleurs que Deschamps parle de l'action tranchante du fil comme d'un fait déjà connu, on reconnaîtra que le double témoignage de Bichat et de Thompson suffit pleinement pour assurer à Desault le droit de priorité.

Il n'était peut-être pas inutile de prévenir l'opinion d'une découverte qui a eu des conséquences chirurgicales si importantes. Il est clair en effet que la détermination du mode d'action des ligatures sur les tuniques artérielles était le préliminaire indispensable de toute recherche positive sur le mode d'oblitération des artères liées ; mais les voies du progrès sont lentes et tortueuses. Il arrive souvent qu'une vérité nouvelle se combine avec les erreurs contemporaines et leur fournit un appui passager jusqu'à ce qu'un jour elle les renverse. Ce fut la destinée de la découverte de Desault. Cette découverte, qui devait plus tard porter des fruits si précieux, commença par exercer sur la pratique l'influence la plus fâcheuse. En apprenant que les ligatures coupaient instantanément les deux tuniques internes des artères, les chirurgiens furent effrayés, et ce fut à qui inventerait les rubans les plus larges, les fils les plus gros, les tampons les plus plats ; de telle sorte que le fait sur lequel repose aujourd'hui la pratique des ligatures fines, ne servit d'abord qu'à assurer le triomphe de la pratique opposée.

Il y a dans l'histoire de cette question une autre anomalie non moins singulière. Tandis que les chirurgiens du continent employaient des moyens de constriction aussi volumineux que possible pour éviter la section des deux tuniques internes, Jones, en Angleterre, cherchait au contraire à rendre cette section plus certaine en liant les artères avec des fils très-petits ; et il semble au premier abord que deux pratiques aussi différentes devaient reposer sur des théories diamétralement opposées. Il n'en est rien. La théorie de Jones était presque aussi connue que l'autre. Toutes deux reposaient sur les mêmes idées, et, par des moyens inverses, c'était la même indication qu'on se proposait de remplir. Les partisans des ligatures plates voulaient produire dans les artères l'inflammation adhésive ; et c'était encore l'inflammation adhésive que Jones voulait obtenir. La seule différence qu'il y ait eu entre eux, c'est que les premiers croyaient aug-

(1) Bichat, *Anatomie générale*, 1re partie, p. 282. Paris, 1801, in-8°.

menter les chances de l'adhésion en donnant plus d'étendue aux surfaces de contact, tandis que le second cherchait à atteindre le même but en provoquant la sécrétion de la lymphe plastique au moyen d'une action traumatique exercée sur les deux tuniques internes.

La plaie circulaire produite à l'intérieur de l'artère par l'action instantanée du fil devait fournir une substance plastique assez abondante pour oblitérer le vaisseau par un mécanisme analogue à celui de la cicatrisation ordinaire. Quant au caillot, dont l'importance capitale avait été depuis bien longtemps signalée par J. L. Petit, il n'en était pas question, ou plutôt Jones ne le considérait que comme un épiphénomène à peu p ès insignifiant.

« La formation de ce caillot, dit-il, n'est que d'une légère importance, car aussitôt après l'application de la ligature le point lié commence à s'enflammer, et sa surface interne, étant maintenue en contact exact, contracte des adhérences, et convertit cette portion du vaisseau en un cul-de-sac imperméable et légèrement conique. Il paraît que l'épanchement de la lymphe seule produit cette adhérence, et fait que le caillot de sang qui se forme dans l'artère lui adhère *quelquefois par une petite partie de sa base* (1). »

La théorie de Jones était donc erronée, et conduisait même à de fâcheuses conséquences pratiques, puisque, l'inutilité du caillot une fois admise, il n'y avait plus lieu de se préoccuper de la situation de la ligature par rapport aux artères collatérales. Mais cet inconvénient était largement compensé par les avantages des ligatures fines que l'auteur préconisait. Sa doctrine avait d'ailleurs le mérite de reposer sur une série d'expérimentations régulières, tandis que les partisans des ligatures plates n'invoquaient que des considérations purement théoriques. Les craintes instinctives que faisaient naître les ligatures fines commencèrent donc à se dissiper. L'usage de ces ligatures se répandit peu à peu, d'abord en Angleterre, où Lawrence leur prêta l'appui de sa grande autorité, puis sur le continent, et depuis lors, ainsi que le fait remarquer justement M. Chassaniol, le nombre des chirurgiens qui leur donnent la préférence est toujours allé en augmentant. Il est juste de dire par conséquent que Jones a été l'auteur d'une innovation qui a exercé une haute influence sur la pratique chirurgicale, et nous devons ajouter que cette innovation a réalisé un progrès considérable, puisque la fréquence des hémorrhagies consécutives a été par là réduite de plus de moitié.

Il semble bien difficile au premier abord de déterminer, suivant les divers procédés de ligature, le degré de fréquence relative des hémor-

(1) *Loc. cit.*, p. 211.

rhagies consécutives, car une pareille question ne peut être résolue que par la statistique d'un très-grand nombre de faits relatifs à la ligature de la même artère, et il faut bien reconnaître que dans la plupart des observations publiées la nature du lien constricteur n'a pas été indiquée. Mais M. Malgaigne a eu recours à un moyen indirect qui lui a permis d'utiliser ces faits incomplets en tenant compte de leur date. Il est clair, en effet, que l'usage des ligatures plates était général avant les travaux de Jones, que celui des ligatures fines a prévalu aujourd'hui, et qu'il y a eu une période intermédiaire où les deux méthodes opératoires se partageaient les suffrages des chirurgiens. Il est clair par conséquent que la valeur relative de ces deux méthodes peut être mise en lumière par la comparaison des faits anciens avec les faits modernes. M. Malgaigne a donc mis en parallèle les observations antérieures à 1821 et les observations recueillies depuis. Le choix de cette date est néanmoins un peu arbitraire; mais il me semble justifié par cette circonstance que les idées de Jones ne furent connues sur le continent qu'à partir de 1819, époque où Breschet publia la traduction du célèbre ouvrage d'Hodgson *sur les maladies des artères et des veines*. Ce fut alors que les jeunes chirurgiens commencèrent à concevoir des doutes sur la doctrine de Scarpa, et que l'usage des ligatures fines se répandit en dehors de l'Angleterre.

On sait que M. Norris (de Philadelphie) a dressé le tableau détaillé de tous les cas de ligature de l'artère fémorale qui ont été publiés en Europe et en Amérique de 1785 à 1848. Tous ces faits sont relatifs à la ligature de la fémorale *dans sa continuité*, et sont par conséquent aussi comparables qu'on puisse le désirer. C'est sur ce tableau que M. Malgaigne a fait ses recherches, et il a trouvé que de 1785 à 1821, sur un total de 76 cas, il y a eu 13 cas d'hémorrhagie consécutive, soit 17 pour 100; tandis que de 1821 à 1848, 128 ligatures n'ont donné que 11 hémorrhagies, ou 8 1/2 pour 100. La proportion relative des hémorrhagies consécutives a donc été deux fois moindre dans la seconde période que dans la première. On peut se demander si ce n'est pas là un résultat complexe dû à des causes diverses, et indépendant de la nature des moyens de constriction appliqués sur les artères. Mais voici un autre fait, plus significatif encore, qui répond à cette objection. L'époque de la chute de la ligature est indiquée dans 149 observations. C'est un fait bien connu qu'aujourd'hui, sous le règne des ligatures fines, la chute du fil appliqué sur l'artère *fémorale* s'effectue en moyenne vers le seizième jour. Or, dans la première période, c'est-à-dire avant 1821, sur 59 cas, les ligatures sont tombées 21 fois du cinquième au quinzième jour; tandis que depuis 1821, sur 90 cas, les ligatures sont tombées 18 fois seulement du

neuvième au quinzième jour. Ainsi la chute prématurée des ligatures s'est présentée, avant 1821, dans la proportion de près de 36 fois sur 100, et seulement dans la proportion de 20 fois sur 100 depuis 1821 (1).

Par conséquent les ligatures fines, au lieu de se détacher plus promptement que les ligatures plates, comme il était naturel de le supposer, tombent au contraire plus tard. C'est parce que la chute des ligatures n'est pas due à la *section mécanique* de la tunique externe, mais à un travail d'*élimination;* parce que l'intensité de l'inflammation provoquée par la présence du lien est de nature à accélérer cette élimination, et parce que, enfin, la réaction inflammatoire est d'autant plus vive que le corps étranger qui embrasse l'artère est plus volumineux.

M. Chassaniol n'a pas manqué de faire intervenir dans son argumentation l'étude du caillot hémostatique, dont le rôle, déjà signalé par J. L. Petit, a été remis en lumière par Amussat, et dont notre distingué collègue de Lisieux, M. Notta, a si bien tracé l'histoire. C'est le caillot qui, au moment de la chute du fil, sert de barrière au sang, et, s'il ne résiste pas jusqu'au jour de la cicatrisation définitive, l'hémorrhagie secondaire survient à peu près inévitablement. Je n'ai pas besoin de vous rappeler les importantes recherches de notre collègue sur les causes qui amènent le décollement, le ramollissement et la fonte de ce caillot protecteur. Il me suffira de dire que le contact du pus et des liquides sanieux exerce sur la substance du caillot l'action la plus fâcheuse, que les procédés qui ont le plus de chance de provoquer une inflammation violente au niveau de la ligature sont aussi ceux qui ont le plus de chance de donner lieu à l'hémorrhagie, et que par conséquent les ligatures fines sont encore sous ce rapport préférables aux grosses ligatures.

Je vous demanderai maintenant, Messieurs, la permission de vous faire remarquer que les expérimentateurs modernes, en mettant dans tout son jour le rôle important du caillot hémostatique, n'ont peut-être pas assez insisté sur le phénomène de la cicatrisation définitive. Le caillot, quoi qu'on en ait dit, ne se résorbe pas, ou ne se résorbe que très-exceptionnellement. On ne saurait donc le considérer comme un moyen hémostatique provisoire, puisqu'on le retrouve encore décoloré et rétracté au bout d'un grand nombre d'années. Mais cela n'empêche pas l'extrémité de l'artère coupée par la ligature de se refermer par un travail de cicatrisation tout à fait semblable à celui de

(1) Malgaigne, *Anatomie chirurgicale*, t. I, p. 270; 2e édition. Paris, 1859. In-8°.

la cicatrisation ordinaire. Le caillot protége la plaie, et grâce à cette protection la plaie se cicatrise.

C'est ainsi, du moins, que les choses se passent presque toujours. La théorie de Jones était donc erronée, puisqu'elle faisait considérer comme primitive une cicatrisation qui n'est le plus souvent que consécutive, et dont la condition préalable est, sinon toujours, du moins presque toujours, la formation d'un caillot. Mais la théorie moderne, quoique incomparablement plus correcte, et quoique absolument vraie dans la très-grande majorité des cas, conduirait à nier la possibilité de la cicatrisation primitive des artères, et c'est en cela qu'il me paraît utile de faire quelques réserves. Les nombreuses expériences consignées dans l'intéressante thèse de M. Gayet (1) prouvent que chez les animaux la lymphe plastique sécrétée par la tunique externe au-dessus du fil et au-dessous du niveau des deux tuniques internes, coupées et légèrement rétractées, peut donner lieu à *une réunion par première intention*, que ce mode d'occlusion peut s'effectuer alors même que le caillot fait défaut, et que par conséquent la théorie de Jones est réellement applicable *dans quelques cas*. Il serait sans doute imprudent d'oser ici conclure des animaux à l'homme ; car il est clair que la facilité et la rapidité avec lesquelles s'effectue la réunion des tissus par première intention sont subordonnées à des conditions de plasticité qui varient suivant les espèces animales.

Il n'en est pas moins vrai que la formation préalable du caillot ne saurait être considérée comme la condition *sine qua non* de la cicatrisation des artères liées. Mais hâtons-nous d'ajouter que si la cicatrisation sans caillot est possible chez l'homme, chose encore douteuse, elle est à coup sûr fort exceptionnelle, et que la théorie générale admise aujourd'hui doit seule servir de base aux préceptes de la médecine opératoire.

Le travail de M. Chassaniol, sans avoir la prétention de prendre place au nombre des productions originales, est une œuvre sage, vraie et consciencieuse. L'état actuel de la science y est exposé avec soin, et la pratique préconisée par l'auteur est de celles qu'on ne saurait trop recommander aux chirurgiens.

Votre commission a donc l'honneur de vous proposer :

1° D'inscrire M. Chassaniol au nombre des candidats à la place de membre correspondant national ;

2° De renvoyer son travail au comité de publication.

Ces conclusions sont votées.

(1) Ch. Alph. Gayet, *Nouvelles recherches expérimentales sur la cicatrisation des artères après les ligatures*. Thèse inaug. Paris, 1858, n° 191.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Ostéomyélite suppurée du fémur, consécutive à une tumeur blanche du genou ; fracture sous-trochantérienne spontanée. — Mort. Autopsie ; par le docteur Azam, professeur adjoint de clinique chirurgicale à Bordeaux, correspondant de la Société de chirurgie.

M.... (Jean), âgé de trente-sept ans, carrier, entre à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, dans mon service, le 17 janvier 1864, pour y être traité d'une tumeur blanche de l'articulation du genou gauche.

L'articulation est malade depuis environ dix-huit mois; six mois après l'invasion de la maladie, M.... a fait dans l'hôpital un séjour d'une vingtaine de jours. Il est sorti, ne voulant pas souscrire aux raies de feu qui lui étaient proposées ; rentré chez lui, son état s'est un peu amélioré, et quelques abcès de peu d'étendue qu'il portait autour de l'articulation se sont spontanément fermés. Au printemps de l'année dernière, il a recommencé son travail pénible, non sans ressentir quelquefois de vives douleurs ; deux mois avant sa deuxième entrée, son genou s'étant tuméfié de nouveau, la marche est devenue impossible; d'autres abcès se sont formés, et ce n'est qu'après de vives souffrances qu'il s'est décidé à recourir à nos soins.

A son entrée, il est dans un état déplorable, il ressemble à un vieillard ; son amaigrissement est extrême ; cependant ses organes sont sains, le genou est peu tuméfié ; mais les surfaces articulaires sont érodées, et le pus a depuis longtemps franchi les culs-de-sac de la synoviale. Un abcès ossifluent considérable occupe toute la partie interne et supérieure de la jambe. Un autre abcès, plus vaste encore, existe à la partie inférieure et interne de la cuisse ; cet abcès, ouvert par un trajet fistuleux insuffisant, laisse écouler une très-grande quantité de pus. Ce pus paraît venir de deux directions, la partie inférieure de la diaphyse du fémur et la partie supérieure et interne de la cuisse. Le fémur paraît malade dans toute sa moitié inférieure ; il est douloureux à la pression, et la main peut reconnaître deux points tuméfiés, qui s'aplatissent à la longue sous les doigts et qui donnent la sensation d'un œdème profond et dur.

Dans cet état de choses, je dus me poser la question de l'amputation, opération que l'état général du malade ne paraissait pas contr'-indiquer ; il n'en était pas de même de l'état local.

De ce côté plusieurs difficultés se présentaient : en premier lieu l'os paraissait malade dans sa moitié inférieure, et l'amputation ne pouvait être faite que très-haut ; d'autre part, l'abcès remontait si haut, qu'à quelque point que l'amputation fût faite, un cul-de-sac revêtu d'une membrane pyogénique serait resté dans le moignon.

Devant ces complications, je résolus d'attendre, en améliorant l'état local ; dans ce but, je fis un large drainage de la cuisse et de la jambe, et je pratiquai tous les deux jours des injections iodées ; la quantité de pus paraissait avoir diminué, lorsqu'un matin je trouvai la cuisse raccourcie et renversée en dehors, le fémur était fracturé au-dessous des trochanters ; l'accident avait dû arriver la veille en changeant de lit ; le malade ne s'en était pas aperçu. Deux jours après une infiltration purulente s'est faite dans le tissu cellulaire de la cuisse, au niveau du grand trochanter, et le pus s'écoule par un trajet fistuleux spontanément créé en ce point. En même temps des plaques de gangrène se montrent à la jambe, et le malade succombe à l'épuisement le 20 février. Il n'a pas ressenti de vives douleurs et n'a eu aucun symptôme d'infection purulente.

Autopsie. — L'articulation du genou présente les désordres ordinaires des tumeurs blanches à la dernière période ; les cartilages sont détruits, les extrémités articulaires dénudées et rugueuses.

On remarque sur le plateau du tibia un séquestre irrégulier d'environ 2 centimètres de large ; la rotule est saine et l'articulation est vide de pus. La partie supérieure et interne de la jambe est occupée par un vaste foyer qui décolle les muscles du mollet.

En haut, à la partie supérieure du condyle interne, on remarque un orifice dans le point où existait le cul-de-sac supérieur et interne de la synoviale ; cet orifice est celui d'un canal qui remonte contre le fémur jusqu'à son milieu ; là ce canal s'élargit, et, pénétrant entre les adducteurs, forme le vaste foyer dont nous avons parlé plus haut. Dans tous les points où le pus a été en contact avec la diaphyse du fémur, le périoste est décollé ou détruit.

L'os dégagé de ses parties molles, nous reconnaissons ce qui suit :

Un peu au-dessous des trochanters, il existe une fracture presque transversale, à bords dentelés, amincis et rugueux ; du foyer de cette fracture s'écoule une grande quantité de pus ; ce liquide sort de l'os lui-même, surtout de la partie inférieure. Dans le fragment supérieur, le foyer a pour limites le tissu spongieux des trochanters. Le fémur étant scié transversalement dans son milieu et la partie inférieure ouverte en long, je reconnais que la moelle a complétement disparu, remplacée par du pus, sauf 2 ou 3 centimètres de sa partie la plus inférieure, où elle est rouge, mais non purulente.

En bas et en arrière de la diaphyse, points où le canal purulent était en contact avec l'os, le périoste est détruit ou décollé ; le tissu osseux ne présente pas d'ouverture appréciable à l'œil, mais il est comme infiltré de pus, très-aminci, et le scalpel pénètre facilement dans la cavité médullaire. La face opposée de la diaphyse présente,

au contraire, un épaississement notable. On remarque surtout deux points dans lesquels il y a une véritable hyperplasie de tissu osseux. Le périoste est épaissi ; au-dessous de lui sont trois ou quatre couches superposées d'os nouveau.

Cette nouvelle production n'est pas très-dure ; elle se laisse couper par le scalpel ; c'est dans ces points que du vivant du malade on reconnaissait une tuméfaction et une sorte d'œdème dur, cédant lentement sous les doigts.

Après l'enlèvement de ces couches osseuses de nouvelle formation, on reconnaît que la diaphyse primitive était à leur niveau très-amincie.

A partir de 6 centimètres au-dessous de la fracture, le fémur porte des traces manifestes de l'ostéite la plus violente, ostéite qui paraît plus aiguë et plus récente que celle du tiers inférieur ; le tissu osseux est rouge, les canalicules très-développés ; le périoste est épaissi et doublé d'incrustations osseuses en général minces, mais très-visibles. Postérieurement le tissu osseux est ramolli et se laisse facilement couper. Au niveau de la fracture l'os est tellement aminci qu'il est devenu transparent, et il est facile de comprendre qu'elle ait pu avoir lieu sans que le malade en ait eu conscience.

Le tissu spongieux des condyles, étudié au moyen de deux traits de scie, est rouge, mais ne contient aucune trace de pus.

La tête et les deux trochanters, qui forment le fragment supérieur, sont sains, sauf la partie en contact avec le pus qui remplissait le foyer de la fracture.

L'articulation coxo-fémorale, bien que très-voisine, n'a pas eu le temps de s'enflammer.

Le mécanisme de la formation de cette grave ostéomyélite présente de l'intérêt. Le pus formé primitivement dans l'articulation du genou s'est répandu dans la cuisse en rompant le cul-de-sac supérieur de la synoviale ; le canal qui le contenait s'est trouvé en contact immédiat avec la diaphyse du fémur ; l'os baigné par le pus s'est enflammé, ramolli, aminci, et la moelle qu'il contenait est entrée en suppuration ; mais cette inflammation de la moelle, loin d'amener, comme on l'a dit, une nécrose de la diaphyse, a au contraire provoqué une ostéoplasie ; à mesure que la diaphyse s'amincissait en avant, le périoste sécrétait extérieurement des couches de tissu osseux.

Le pus produit par l'ostéomyélite dans cette cavité close devait chercher à s'échapper. Par suite de la position du malade, le genou élevé, il s'est dirigé vers le haut du canal médullaire ; là il a amené une inflammation nouvelle dont les traces sont plus récentes, et il a

tellement aminci les parois qui le contenaient qu'une fracture spontanée a eu lieu, et il a pu s'écouler au dehors.

Je ferai remarquer que cette ostéomyélite incontestable n'a pas été accompagnée des vives et profondes douleurs qui ont été signalées par les auteurs, et dont il est difficile, je le reconnais, de s'expliquer l'absence ; le malade, en effet, n'a pas plus souffert pendant les jours qui ont précédé sa fracture spontanée qu'après l'issue naturelle du pus hors du canal médullaire.

J'ajouterai qu'il n'a présenté aucun signe d'infection purulente, complication qui succède, en général, à l'ostéomyélite aiguë. Il est mort d'épuisement.

Au point de vue pratique, cette observation présente un vif intérêt. Il est d'usage vulgaire, dans les tumeurs blanches, d'amputer la diaphyse de l'os voisin, même dans la période la plus avancée du mal, pourvu que l'état général soit sain et que l'opération soit faite au-dessus de la limite de l'altération.

Chez le malade qui fait le sujet de cette observation, j'aurais suivi cette conduite, et en sciant l'os au-dessus des points où il était tuméfié, j'aurais pensé opérer au-dessus du siége du mal ; heureusement le cul-de-sac purulent qui remontait jusqu'à la racine du membre a arrêté mon couteau. Le malade aurait infailliblement succombé à l'ostéomyélite préexistante. Un certain nombre des amputés pour tumeur blanche ne sont-ils pas emportés par la continuation de cette maladie qui reste inaperçue?...

L'os était malade assez haut, je le savais, mais je devais penser que la lésion était due à une propagation directe du mal au travers des condyles, et non à une ostéomyélite provoquée par une cause pour ainsi dire indirecte.

Il est donc possible, cette observation en est la preuve, qu'un abcès ossifluent, par un contact prolongé avec une diaphyse, puisse amener une inflammation avec suppuration de la moelle et détruire ainsi les chances de salut que peut donner au malade une amputation dans la continuité de l'os. En cas pareil, ou le chirurgien s'abstiendra, ou il sera contraint, suivant le précepte de M. Tharsile Valette, d'amputer dans l'articulation voisine.

Mais comment le chirurgien sera-t-il éclairé, et quels sont les signes qui pourront légitimer une décision aussi grave ?

Je pense qu'il devra prendre en sérieuse considération la présence du pus dans le voisinage des diaphyses, lorsque cette présence lui aura été démontrée ; il devra s'assurer, quelle que soit son origine,

si le pus est ou a été en contact immédiat avec l'os, et si celui-ci est dénudé ou altéré.

Il devra aussi rechercher si l'os est altéré dans sa forme. Chez notre malade, il était évidemment tuméfié en deux points qui présentaient des ostéophytes, et une sorte d'œdème dur cédant sous le doigt. L'un de ces points correspondait à la limite inférieure du mal.

Cette tuméfaction limitée, ces sortes de bourrelets abrupts, ont été déjà signalés à la Société de chirurgie par MM. Chassaignac et Marjolin, dans le cas d'ostéomyélite. L'observation précédente en est un exemple de plus.

Quant à la douleur, autre symptôme en général signalé, elle a manqué chez notre malade. Cette absence est peut-être due à l'abattement de ses derniers jours. Quoi qu'il en soit, des douleurs profondes devront appeler l'attention du chirurgien.

Je n'insisterai pas davantage. Qu'il me suffise de dire que le chirurgien, averti de la possibilité d'une ostéomyélite qui peut modifier sa conduite, doit, dans des cas analogues, la rechercher par tous les moyens que la science indique.

M. MARJOLIN. Quatre fois j'ai eu occasion d'observer des fractures spontanées chez des enfants atteints d'ostéopériostite de longue durée. Au moment où l'os ancien n'est plus assez fort pour supporter le poids du membre, il se rompt sous l'influence du plus léger effort. D. ns ces cas, le cal peut se former comme s'il n'y avait pas de séquestre, quelquefois il est un peu retardé ; il faut plus tard enlever les séquestres à travers les formations osseuses nouvelles.

M. BROCA. La fracture n'a pas lieu sur cette pièce à un point d'union entre un séquestre et l'os vivant ; elle a lieu sur un point atteint d'ostéite, ainsi qu'on peut en juger par les traces évidentes qu'on remarque sur l'os fracturé.

M. RICHET. J'ai vu autrefois un fait de cette nature chez un jeune homme ayant à la cuisse un vaste foyer de suppuration. La fracture se produisit en portant le malade sur son lit. Je voulus amputer la cuisse ; mais je fus forcé de faire la désarticulation, à cause de la hauteur de la fracture. Depuis, j'ai vu bon nombre de ces fractures spontanées.

M. BROCA. Je n'ai pas dit que ces faits fussent rares.

M. CHASSAIGNAC. Il est d fficile de dire par quel point du système osseux a débuté une inflammation, surtout quand il y a eu une maladie antérieure d'une certaine durée. J'ai observé que dans l'ostéomyélite aiguë et simple, il n'y a jamais de stalactites osseuses de

nouvelle formation. Le périoste, décollé par la suppuration, ne donne lieu à aucune sécrétion de substance organisable. Mais ce caractère appartient en propre à l'ostéomyélite primitive.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, U. Trélat.

Séance du 16 mars 1864.

Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Voillemier fait remarquer à l'occasion du procès-verbal que l'emploi de la potasse pour déterminer l'adhérence de certaines tumeurs du foie est de date ancienne. Il l'a trouvé indiqué pour les abcès du foie dans un manuscrit d'Astruc qui remonte à 1737.

M. Boinet. L'usage de la pierre à cautère dans les abcès du foie était connu depuis bien longtemps, ainsi qu'on peut s'en assurer par la lecture des ouvrages du dernier siècle et du commencement do celui-ci, mais j'ai constaté qu'avant Récamier un chirurgien nommé Manson avait employé la potasse pour un kyste du foie.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de la Société médicale d'Amiens.* — Une lettre de M. le doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, annonçant l'envoi à la Société de quatre-vingt-huit *Thèses soutenues pendant l'année* 1863.

— M. Verneuil dépose sur le bureau, au nom de M. Fleury, de Clermont, membre correspondant, une observation intitulée : *Polype naso-pharyngien s'étendant au pharynx, à la narine gauche, au sinus maxillaire, à la fosse zygomatique ; ablation du maxillaire supérieur. — Extirpation du polype. — Guérison prompte.*

LECTURE.

M. Panas, candidat au titre de membre titulaire, donne lecture d'un mémoire sur la *Compression par tumeur de la portion cervicale et intra-thoracique du grand sympathique, et sur les signes qui caractérisent cette compression.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Morel-Lavallée, Béraud et Guyon.

COMMUNICATION.

Arrachement de l'avant-bras dans une tentative de réduction de luxation de l'humérus datant de trois mois.

M. GUÉRIN. Nous savons depuis longtemps que sous l'influence de tractions violentes opérées pour réduire des luxations anciennes, on observe des fractures d'os très-résistants et des déchirures de la peau et des muscles; mais ce sont des ruptures partielles. Ces lésions sont en quelque sorte classiques; elles se sont produites un bon nombre de fois, et les chirurgiens ne peuvent pas être surpris quand ils sont témoins de faits semblables. L'observation que je viens communiquer à la Société est, je crois, unique dans la science. Ce n'est plus une rupture d'un muscle, une fracture d'un os que la violence produit, c'est un membre qui se détache complétement, qui se brise comme du verre sous des efforts infiniment moindres que ceux auxquels on a chaque jour recours pour réduire une luxation récente.

Voici le fait recueilli dans tous ses détails par mon interne, M. Frarier :

Obs. — C..., âgée de soixante-trois ans, est entrée le 9 mars 1864 à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, nº 60.

Antécédents. — Cette femme a tous les attributs d'une bonne constitution. Habitant à la campagne, elle n'avait aucune des infirmités si communes à son âge et ne fit jamais d'ailleurs de maladie grave. Seulement l'année dernière elle eut une très-légère congestion cérébrale qui lui donna pendant quelques jours un peu d'embarras de la parole et de la faiblesse dans la moitié droite du corps.

Il y a trois mois, en tombant dans un escalier, elle se luxa l'épaule gauche. Un médecin consulté immédiatement méconnut l'affection et la traita pour une contusion. Malgré ses vives souffrances, malgré la perte des mouvements de son membre supérieur gauche, survenue, dit-elle, peu de temps après l'accident, la malade resta six semaines dans le même état. A cette époque, ayant eu recours à un autre médecin, elle fut soumise par lui à des tentatives de réduction, mais sans succès. Six semaines s'écoulèrent encore et rien n'était changé; c'est alors, trois mois après l'accident, qu'elle entra à l'hôpital.

Etat de la malade à son entrée à l'hôpital. — On constata tous les signes d'une luxation sous-coracoïdienne complète de l'humérus gauche. Le membre tout entier, pendant le long du corps, était privé de ses mouvements; les doigts seuls pouvaient se déplacer très-légèrement. La sensibilité cutanée, bien qu'émoussée, n'était pas perdue; la calo-

rification n'avait subi aucune altération. Un gonflement œdémateux existait à la partie inférieure de l'avant-bras et surtout à la main. La peau des mêmes régions avait une teinte très-faiblement violacée. Des douleurs assez vives parcouraient toute la longueur du membre sans siége de prédilection. Aucune lésion appréciable ailleurs, et la malade affirma que tout datait de son accident, avant lequel son bras et sa main gauches avaient toute leur force et leur agilité.

Tentative de réduction. — Le 10 mars, avant d'employer les moufles, on essaye la réduction par le procédé classique. La malade placée horizontalement est soumise au chloroforme jusqu'à résolution musculaire. Une alèze est passée sous l'aisselle gauche pour servir à la contre-extension, et une autre, fixée à la partie inférieure de l'avant-bras, au niveau du poignet, est confiée à quatre aides. Dans une première traction, l'alèze attachée au poignet se déplace; on la resserre plus solidement et l'on procède à une nouvelle tentative. Celle-ci est faite selon toutes les règles de l'art, progressivement et sans secousses, par quatre personnes qui étaient loin de déployer toute leur force. L'alèze glissant encore, un des aides est obligé de la maintenir avec ses deux mains. Pendant que l'extension continue, subitement, sans aucun craquement, sans aucun allongement, sans aucune sensation capable de donner l'éveil, le membre se rompt au pli du coude et l'avant-bras tombe à terre aux pieds des aides. Un flot de sang couvre le chirurgien ; on arrête l'hémorrhagie en liant l'artère, on résèque 6 centimètres de l'extrémité inférieure de l'humérus et on régularise les lambeaux. L'arrachement avait été brusque et instantané dans toute l'épaisseur du membre, et pourtant les aides avaient gardé leur équilibre.

Examen de l'avant-bras. — Voici ce que présente l'extrémité supérieure de l'avant-bras arraché : l'olécrâne fait saillie au-dessus des parties molles, au sein desquelles pénètrent des vaisseaux et des nerfs rompus le long du bras en des points variés. Prenant pour terme de comparaison un plan mené perpendiculairement à l'axe de l'avant-bras par les surfaces articulaires de la tête du radius et de l'apophyse coronoïde, on voit qu'au-dessus de ce plan le nerf cubital est arraché sur 29 centimètres ; le nerf radial sur 13 centimètres ; le musculo-cutané très-effilé sur 48 centimètres ; le nerf médian sur 25 centimètres ; enfin deux filets du brachial cutané interne, l'un sur 13 centimètres, l'autre sur 15. L'artère humérale sur 9 centimètres. La veine céphalique sur 4 centimètres. Le muscle biceps dilacéré sur 12 centimètres. Le brachial antérieur sur 3 centimètres.

Les surfaces articulaires du cubitus et du radius paraissent saines ; mais la partie postérieure du sommet de l'olécrâne n'existe plus, elle

est restée appendue au tendon du triceps. A la partie externe, on trouve une portion osseuse suspendue à l'extrémité des muscles qui s'inséraient à l'épicondyle. A la partie interne, on rencontre quelques fragments osseux adhérents à l'extrémité des muscles épitrochléens.

L'examen de la portion d'humérus réséqué montre que les surfaces articulaires de l'os, trochlée et partie du condyle sont saines; mais que la moitié postérieure du condyle et l'épicondyle ont été arrachés, ainsi que quelques fragments isolés de l'épitrochlée.

La dissection de l'avant-bras et de la main a révélé des altérations nombreuses visibles à l'œil nu. Ainsi tous les muscles sont plus colorés qu'à l'état normal ; ils ont une teinte brune simulant une infiltration sanguine; tous aussi sont ramollis notablement. Ces lésions sont surtout prononcées dans le muscle carré pronateur devenu comme pulpeux, et dans les muscles lombricaux.

Les nerfs sont plus colorés, et au lieu de conserver un calibre régulier, ils offrent çà et là des nodosités sur leur trajet. Le long des branches nerveuses digitales sont appendus de petits kystes globuleux blanchâtres, du volume d'un grain de millet, disposés de chaque côté du rameau nerveux comme des grains de raisin autour de leur tige commune. Toutes les veines de l'avant-bras et surtout de la main sont remarquables par leur dilatation.

Quant aux os, la coupe verticale du cubitus et du radius, celle des métacarpiens et des phalanges font reconnaître les lésions les plus avancées ; tandis que le corps de ces os longs semble peu altéré, leurs extrémités sont le siége d'une désorganisation profonde. Un amincissement notable de la lame compacte; une extrême raréfaction du tissu spongieux ; un sang noir, comme huileux, remplissant les aréoles ; un ramollissement et une fragilité excessifs, l'os s'affaissant sous la moindre pression et la pointe du scalpel y pénétrant sans aucun effort : voilà ce que l'on constate. Les os du carpe, tous sans exception, offrent, en quelque sorte exagérées, toutes ces particularités.

Ajoutons que le radius, dans les efforts de traction, a été fracturé à sa partie inférieure à 1 cent. 1/2 au-dessus du bord antérieur de la surface articulaire. Il existe aussi une fracture transversale du cubitus avec esquille au même niveau.

Examen microscopique par M. Ordonez. — Les altérations révélées par l'examen histologique du bras, qui m'a été remis par M. Guérin, portent principalement sur les nerfs, sur les muscles et sur les os.

Nerfs. — Un des troncs que j'ai examiné de préférence a été le nerf médian. Rien qu'à l'œil nu on pouvait constater une altération

bien évidente; le cordon nerveux était rouge et présentait de distance en distance des nodosités. L'examen microscopique de ce nerf, au niveau des nodosités, montrait un épaississement considérable du névrilème par hypergénèse du tissu conjonctif; la trame était infiltrée par une grande proportion de substance amorphe, transparente, glutineuse, se coagulant immédiatement sous l'influence de l'alcool rectifié, et par un grand nombre d'éléments embryoplastiques en voie d'évolution ordinaire.

Au milieu de cette trame se trouvaient les tubes nerveux présentant tous les degrés d'altération, depuis l'état normal jusqu'à la régression athéromateuse la plus complète. Il y a un fait remarquable à signaler, c'est que dans le cordon nerveux en question, les tubes les plus larges sont les plus altérés dans leur structure, tandis que parmi les tubes minces, il s'en trouve très-peu d'altérés.

La substance médullaire des tubes larges est devenue granuleuse; dans la plupart des tubes, elle est réduite à des gouttelettes demi-solides, très-inégales comme volume, et réfractant la lumière fortement au centre. Les tubes ne sont pleins qu'en partie, car la plus grande partie de leur gaîne est vide et chiffonnée, imitant tout à fait l'aspect du tissu conjonctif ou fibrillaire. Cette altération est identique à celle qu'on observe dans le bout périphérique des nerfs qui ont été coupés ou arrachés.

Sur le trajet des petites branches nerveuses qui se distribuent dans la main, nous avons constaté la présence d'un grand nombre de petits kystes dont le volume était variable depuis une petite tête d'épingle jusqu'à celui d'un grain de millet. Ces kystes sont composés d'une membrane fibreuse très-fine, mais très-résistante, fermée de toutes parts, et contenant un liquide huileux très-transparent, analogue par son apparence à la substance médullaire des nerfs. A la partie externe, ces petits kystes sont enveloppés par une trame lâche de tissu conjonctif, de vésicules adipeuses, et deux ou trois branches de capillaires sanguins.

Muscles. — Nous avons constaté l'altération de la plupart des muscles de l'avant-bras et de la main; parmi les plus altérés, on peut citer le carré pronateur et les lombricaux, qui se trouvent réduits à une espèce de pulpe rouge. Les fibres de ces muscles examinées au microscope présentent une altération très-notable dans leur structure; elles se laissent dissocier très-facilement par les aiguilles à dissection; leur volume n'a pas changé sensiblement, mais la plupart d'entre elles sont plissées, très-pâles, demi-transparentes, se cassant très-facilement en petits morceaux sous le moindre mouvement imprimé à la plaque de verre couvre-objet.

Plusieurs de ces fibres sont remplies de granulations graisseuses et complétement détruites comme forme et comme structure, et toutes les fibres des muscles que nous avons examinés ont perdu le signe caractéristique du tissu musculaire de la vie animale, c'est-à-dire la striation. Les capillaires sanguins étaient gorgés de sang, mais principalement les petites veines.

Os. — Le tissu osseux est raréfié presque partout. Les mailles de la substance spongieuse sont très-dilatées et remplies par une substance rougeâtre. Cette substance est composée d'un mélange de globules sanguins, à différents degrés d'altération (ce qui prouverait l'existence d'hémorrhagies interstitielles dans l'intérieur de l'os), d'une grande quantité de vésicules adipeuses, très-altérées dans leur structure; et en même temps d'une certaine quantité de ce même élément anatomique de nouvelle formation et à l'état d'évolution progressive. Parmi ces éléments se trouvaient plusieurs petits amas d'hématosine.

Réflexions. Si on ne tenait compte que du fait brut, la séparation de l'avant-bras dans une tentative faite pour réduire une luxation semblerait ne pouvoir être attribuée qu'à une extrême violence ou à de l'inhabileté ; mais si l'on tient compte des lésions des os, des muscles, des nerfs et des vaisseaux, en un mot, de tous les tissus qui avec la peau donnent la solidité à nos membres, on ne sera plus surpris que d'une chose, c'est que de pareilles altérations ne se soient manifestées par rien qui ait pu nous mettre en garde contre le danger qu'il y aurait à tenter la réduction.

Au point de vue pathologique, c'est un fait exceptionnel; au point de vue physiologique, il présente le plus vif intérêt; il semble en effet bien manifeste que la régression graisseuse des tissus, que le ramollissement des os et des muscles, que les altérations profondes des nerfs, etc., se soient produits sous l'influence de la compression du plexus brachial par la tête de l'humérus.

La paralysie s'est produite depuis l'accident; car, jusqu'à cette époque, rien n'avait pu faire supposer une lésion quelconque de ce membre.

Une fois la luxation opérée, le bras et l'avant-bras perdent tout mouvement, à ce point qu'ils deviennent plus gênants qu'utiles, et que la lésion étant reconnue, on se serait inévitablement demandé s'il n'était pas utile d'en débarrasser la malade par l'amputation. On arrive tout naturellement à penser que la cause qui a produit la paralysie, qui a annihilé l'action des nerfs du bras, a dû avoir l'influence la plus fâcheuse sur la nutrition des autres tissus. A l'appui de cette

manière de voir, permettez-moi de vous dire que M. Ordoñez, micrographe dont vous connaissez tous le savoir et l'habileté, dit avoir déjà observé des lésions analogues, qui s'étaient produites sous l'influence de la compression des nerfs.

Maintenant que vous avez vu les altérations profondes du membre que j'ai mis sous vos yeux, vous comprendrez qu'il n'a pas fallu une grande force pour opérer l'arrachement. Le membre s'est en effet rompu sous une traction qui n'a pas pu atteindre le chiffre de 100 kilogrammes, car la serviette qui servait à l'extension glissait de l'avant-bras sur la main, et il a fallu qu'un aide l'étreignît en ce point avec les doigts pour l'y fixer ; quatre élèves tiraient sur les bouts de cette serviette si faiblement, qu'ils n'ont pas même chancelé quand le membre s'est rompu.

Quand on a été témoin d'un pareil fait, on arrive à se demander pourquoi un autre ne se produirait pas, et si l'on pense que la rupture s'est opérée dans des tentatives qui étaient faites moins dans l'espoir d'obtenir la réduction que dans le but de s'assurer de la mobilité de la tête de l'humérus, nous réservant d'agir plus efficacement quand nous aurions des moufles, on ne pourra se défendre d'une certaine appréhension lorsque l'on aura à réduire une luxation datant de trois mois et s'accompagnant de la paralysie du membre.

L'arrachement d'un membre semble d'abord difficile à comprendre, quand on sait combien il faut développer de force pour rompre quelques faisceaux musculaires ; mais après avoir lu l'observation, on reconnaîtra que le cas étant donné, l'arrachement était inévitable. La malade avait un bras paralysé par suite d'une luxation ; tant que les nerfs seraient comprimés, le membre devait rester dans l'état d'impuissance qui constituait une infirmité, et ils étaient condamnés à cet état tant que la luxation ne serait pas réduite. Sachant qu'on peut encore espérer de réduire un os luxé depuis trois mois, il était de mon devoir de tenter cette réduction. Ainsi, par le seul fait que la luxation a produit la paralysie, que celle-ci a causé la dégénérescence graisseuse des tissus, l'arrachement était devenu inévitable.

M. LARREY. C'est bien un fait insolite que vient de nous exposer M. Guérin, et s'il n'en existe pas de semblables, on peut du moins en rapprocher ceux qui sont analogues. J'ai communiqué à la Société des observations de fractures des membres dans lesquelles la paralysie semblait avoir été une cause prédisposante des plus marquées. Bien que M. Guérin n'ait pas suivi de l'œil les efforts de traction exercés par les aides, ces efforts ne semblent pas avoir été très-énergiques, et il serait bon que la Société prît en sérieuse considération les désor-

dres anatomiques qui ont été constatés, et qui sont de nature à exonérer la responsabilité du chirurgien.

M. HOUEL. Je ne crois pas qu'une paralysie traumatique puisse dans l'espace de trois mois altérer la structure des os au point où nous l'observons sur cette pièce. Je penserais plutôt que le squelette de la malade de M. Guérin était le siége d'un ramollissement atrophique analogue à celui qui existe sur celui du médecin Pouble que nous avons au Musée Dupuytren.

Je demanderai donc à M. Guérin s'il a cherché à reconnaître dans quel état sont les os des autres membres.

M. VOILLEMIER. L'altération des os est évidente, et cette fracture par pression latérale des extrémités inférieures du radius et du cubitus en est la meilleure preuve. Je ne vois pas cependant des altérations aussi prononcées que semble le croire M. Houel; il me paraît d'ailleurs difficile de s'assurer de leur existence pendant la vie.

D'autre part, je suis un peu surpris que chez un sujet atteint de paralysie, la tête de l'humérus restât fixée dans sa nouvelle position; en général, dans ces sortes de cas, les muscles relâchés ne maintiennent plus les surfaces osseuses en contact immédiat.

M. VERNEUIL. Les os sont altérés sans doute, mais surtout au niveau des épiphyses; les diaphyses me paraissent assez saines. Ce sont les altérations des muscles qui me semblent jouer ici le rôle le plus important. On sait que les ruptures musculaires sont facilement produites quand un muscle est surpris dans le relâchement par une traction brusque. Or cette paralysie datant de trois mois peut être assimilée au relâchement, et on s'explique la rupture. Ce qui reste néanmoins extraordinaire, c'est l'arrachement brusque et sec de la peau sous un si faible effort.

Rien ne pouvait faire prévoir l'existence des lésions de tous les tissus profonds; M. Guérin nous a dit qu'il n'y avait pas de changement de volume du membre, pas d'œdème. Il y a là un enseignement pour l'avenir, et quoiqu'il ne faille pas renoncer aux tentatives de réduction pour les luxations anciennes, thérapeutique dont l'utilité est aujourd'hui incontestable, je pense qu'il faudra être bien sur ses gardes quand on essayera de réduire une luxation avec paralysie du membre.

M. GUÉRIN. Si, comme le croit M. Houel, l'altération des os avait été antérieure à l'accident, si le squelette eût eu cette friabilité qu'on observe aujourd'hui, la chute aurait produit une fracture et non une luxation, celle-ci nécessitant une grande résistance des leviers osseux. Je crois donc que la paralysie et la compression du plexus brachial ont causé l'altération des tissus.

Pour que l'observation de M. Voillemier fût juste, il faudrait ou que les muscles moteurs de l'humérus fussent paralysés, ce qui serait en désaccord avec la cause de la paralysie, ou qu'il y eût une altération générale du système musculaire chez notre malade, ce que rien ne nous permet de croire. D'ailleurs on sait que dans les luxations anciennes, en dehors des muscles, les adhérences fibreuses, les ruptures de ligaments, constituent des moyens de fixité extrêmement résistants.

Je concède à M. Verneuil que les os sont peut-être moins altérés dans leur diaphyse que vers leur épiphyse; mais qu'il jette les yeux sur les os du carpe et du métacarpe, qu'il veuille bien se souvenir de l'examen microscopique de M. Ordoñez, et il restera convaincu de la gravité du désordre. Au reste, tous les tissus, os, muscles, nerfs, peau, étaient profondément altérés.

On me dit qu'à l'avenir la paralysie suite d'une luxation ancienne mettra sur la voie des altérations et devra inspirer la prudence; mais la paralysie à la suite des luxations de l'épaule n'est pas rare. Faudra-t-il donc, dans tous ces cas, hésiter à pratiquer la réduction? Loin de là, la réduction est le seul moyen de faire cesser la paralysie et de restituer au membre ses fonctions.

Au reste, cette paralysie complète, cette impuissance absolue du membre ont fait que je me suis promptement consolé, après le premier moment de stupeur que l'accident nous avait causé à tous. En effet, ce membre était tellement inutile et même gênant, qu'on aurait pu songer à une opération de complaisance.

J'ai entendu une voix amie dire que la responsabilité du chirurgien devait être exonérée. Je ne suis pas venu chercher devant la Société de chirurgie un bill d'indemnité. Quand on exerce sa profession sans ignorance et qu'on a la conscience de n'avoir commis aucune faute, on n'a besoin d'aucune exonération. Je sais et je comprends le bon sentiment qui a guidé M. Larrey, mais je devais protester contre ses paroles.

M. LARREY. J'ai sans doute été mal compris par M. Guérin. L'estime que j'ai de son caractère et de sa prudence ne m'aurait permis aucune intention malveillante. J'ai dit que les altérations constatées sur le membre expliquaient l'accident et enlevaient toute responsabilité au chirurgien.

M. BROCA. Le fait est grave et doit rester présent à notre souvenir; mais je ne pense pas qu'il faille s'en préoccuper outre mesure. C'est un malheur, rien de plus. Il se passera bien longtemps, sans doute, avant qu'il se reproduise; aussi je persiste à penser, avec mes

collègues, que la réduction des luxations anciennes est une bonne chirurgie.

Je crois, avec M. Houël, que l'altération des os était antérieure à la luxation, et je me base sur la description de M. Ordoñez. Les os sont ramollis; on trouve dans plusieurs points du sang extravasé à différents degrés d'altération, des cristaux d'hématosine. Or, si on recherche comment se comporte le sang épanché dans l'épaisseur des tissus, on remarque que ce n'est guère qu'au bout de deux mois et demi ou trois mois qu'on trouve les globules sanguins frangés sur leurs bords et des cristaux d'hématosine. Ici les altérations sont plus avancées encore, puisqu'elles portent sur les tissus eux-mêmes; je les crois donc antérieures à l'accident.

Contre cette opinion, M. Guérin disait que si les os avaient été altérés, il y aurait eu une fracture et non une luxation. Je ne saurais partager cette objection. J'ai vu des luxations se produire chez des vieillards à une époque de la vie où les os sont toujours ramollis et friables. C'est que si les os sont moins résistants, les ligaments et les muscles le sont moins aussi; ils s'affaiblissent proportionnellement. Ajoutons que l'arrachement des bords articulaires vient encore faciliter ces luxations de la vieillesse.

En somme, je suis porté à mettre ce fait malheureux sur le compte d'altérations qui reconnaissent pour cause la sénilité et la paralysie. Il ne faut pas perdre de vue que les altérations séniles peuvent débuter à des époques très-variables de la vie.

M. VERNEUIL. J'avais demandé la parole parce qu'il me semblait que M. Guérin avait de la tendance à conclure de son observation qu'à l'avenir il fallait hésiter à pratiquer la réduction des luxations anciennes. Je vois, au contraire, que sur ce point nous sommes du même avis.

M. VOILLEMIER. Je crois qu'on pourrait rechercher quels sont les muscles paralysés, étudier jusqu'à quel degré ils sont restés contractiles. Il me semble, d'autre part, qu'on a exagéré la résistance de la peau, et je serais porté à croire, d'après quelques expériences, qu'elle a plus d'élasticité que de solidité.

M. HOUEL. On peut reconnaître l'altération des os sans les avoir sous les yeux; cette recherche peut être faite sur le vivant. On peut constater alors que les os sont amincis, atrophiés. J'ai demandé à M. Guérin si on avait fait cette recherche, et je suis un peu surpris de l'objection qui m'a été adressée par quelques-uns de nos collègues.

M. GUÉRIN. L'extrémité inférieure de l'humérus que j'ai réséquée après l'accident était tout aussi altérée que les extrémités inférieures

du radius et du cubitus. Il est difficile d'établir d'une manière absolue la date des altérations ; cependant il me semble que la sénilité n'expliquerait pas la disparition de striation des muscles, disparition qui s'explique mieux par les troubles de nutrition consécutifs à la compression nerveuse.

M. BROCA. Je ne crois pas que les altérations osseuses produites par la sénilité, la paralysie traumatique ou autre s'accompagnent d'un changement de forme ou de volume appréciable à la vue ou au toucher.

M. HOUEL. M. Broca pourra se convaincre, par l'examen des pièces déposées au musée Dupuytren, de la réalité de ce changement de volume.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

Séance du 23 mars 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine ; — Le *Bulletin médical du nord de la France* (mars 1864) ; — le *Bulletin de la Société de médecine de l'arrondissement de l'Elysée* (année 1863) ; — *Études complémentaires sur la loi du travail appliquée au traitement de l'aliénation mentale*, par M. le docteur Brun-Séchaud ; — *Réflexions pratiques sur les maladies qu'on observe chez les employés des chemins de fer*, par M. le docteur Soulé (de Bordeaux), membre correspondant ; — l'*Étudiant micrographe ; l'Art de l'opticien*, par M. Arthur Chevalier ; — *Guérison de deux anévrysmes volumineux de l'aine* et d'un *anévrysme poplité par un moyen très-simple de compression*, par M. F. Rizzoli, membre correspondant.

— M. MAURICE PERRIN, membre correspondant, écrit pour demander à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre titulaire. Aux termes du règlement, la demande de M. Maurice Perrin n'est valable que pour une élection autre que celle pour laquelle la commission a déjà été nommée.

COMMUNICATION.

Arrachement de l'avant-bras dans une tentative de réduction de luxation de l'humérus datant de trois mois. (Suite).

M. GUÉRIN. Je viens donner aujourd'hui réponse à quelques objections qui m'avaient été adressées dans la dernière séance. Je m'étais empressé, suivant le désir de M. Houel, de rechercher l'état des os des autres parties du squelette, et je dois dire qu'aucun signe ne m'avait révélé la moindre altération. L'autopsie nous a malheureusement permis de vérifier directement cette appréciation, et on pourra juger par les détails suivants que les altérations étaient limitées au côté de la luxation et que leur cause la plus probable est bien, comme je l'avais indiqué, la compression nerveuse déterminée par le déplacement de la tête humérale.

La malade, pendant les dix premiers jours qui suivirent l'opération, se maintint dans un état très-satisfaisant. Le lambeau interne du moignon se gangréna en partie, mais, après la chute de l'eschare, l'extrémité de l'humérus était parfaitement recouverte, et la suppuration abondante et de bonne nature. L'état général était parfait ; ni fièvre ni frissons ; rien absolument n'aurait pu faire soupçonner une fin prochaine.

Le matin du onzième jour, le 21 mars, survint une fièvre très-vive, la suppuration du moignon cessa subitement ; vers trois heures de l'après-midi, frisson des plus violents qui dura pendant deux heures, suivi de vomissements, et enfin un délire bruyant se prolongea jusqu'à la mort, le 22 mars au matin.

Autopsie. — Au niveau du moignon, du pus était infiltré dans l'intervalle des différents muscles. Il n'y avait pas de pus dans les veines voisines.

L'encéphale et les méninges n'offraient aucune altération. Aucune congestion, aucune trace d'ancien foyer hémorrhagique. Les artères cérébrales et cérébelleuses étaient très-athéromateuses.

Aux poumons, un peu de congestion hypostatique à la partie postéro-inférieure ; mais aucun moyen d'induration, aucun abcès métastatique. Les plèvres étaient saines.

Le péricarde offrait quelques plaques laiteuses disséminées, la valvule mitrale un léger épaississement.

Le foie, la rate, les reins étaient normaux. Les grandes articulations ne renfermaient ni sérosité ni pus.

Membre supérieur droit (membre sain). — Les muscles étaient rouges, fermes, semblables enfin au tissu musculaire normal, ce que le

microscope a du reste confirmé. Les nerfs, les vaisseaux étaient dans le même état. Quant aux os, aucun n'avait subi d'altération, aucun ne s'affaissait sous la pression du doigt, aucun enfin n'offrait la moindre trace de cette transformation si profonde que M. Ordoñez avait trouvée sur le membre du côté gauche, aux extrémités inférieures du cubitus, du radius et de l'humérus en particulier.

Bras gauche (côté de la luxation). — Les muscles du bras présentaient presque tous une infiltration sanguine dans leur épaisseur. Tous les muscles de l'épaule semblaient à peu près normaux, sauf pourtant le deltoïde, remarquable par l'extrême pâleur de son tissu. Le microscope y découvrit en effet une accumulation assez considérable de granulations graisseuses et des fibres musculaires privées de leur striation.

Au creux de l'aisselle, toutes les branches du plexus brachial étaient englobées en une seule masse, un magma de lymphe plastique au sein de laquelle on pouvait presque sculpter les divers troncs nerveux. Ce cordon unique et compacte était appuyé fortement contre la partie interne de la tête humérale. A la partie moyenne du bras, on apercevait des cordons noirâtres semblables à de grosses veines ; en les incisant on les trouvait remplis d'un sang noir. Leur continuité complète avec les troncs du plexus brachial montrait bien clairement qu'ils étaient constitués par les gaînes des nerfs médian, radial et cubital restées vides après l'arrachement. De l'injection, des taches rouge violacé étaient évidentes sur tout le trajet des troncs nerveux, tandis qu'immédiatement au-dessus de la tête humérale, les branches du plexus reprenaient presque brusquement leur teinte naturelle, blanche et nacrée. Au microscope, on retrouva identiquement les altérations déjà signalées pour les nerfs de l'avant-bras ; elles ne remontaient pas au delà de 2 centimètres au-dessus du lieu de la compression.

L'artère humérale n'avait subi aucune compression.

Les veines humérales, au contraire, étaient un peu diminuées de calibre au niveau de la tête de l'os et réunies fortement en un seul cordon avec les nerfs.

Quant à la luxation, voici ce que nous avons constaté et ce qu'on peut voir sur la pièce que je mets sous les yeux des membres de la Société :

La cavité glénoïde avait conservé l'étendue habituelle de sa surface articulaire ; mais elle était recouverte par la capsule fibreuse revenue sur elle-même et les tendons des muscles sus et sous-épineux, de sorte qu'on ne voit plus à sa place qu'une petite cavité aplatie. La tête de l'humérus était logée au-dessous de l'apophyse coracoïde, reposant dans la fosse sous-scapulaire. Elle a pénétré dans le muscle

sous-scapulaire, qui la coiffe en lui formant pour ainsi dire une nouvelle capsule. Do la disposition de la tête et de la cavité glénoïde, il résulte que la luxation appartenait à la variété sous-coracoïdienne complète, et, de plus, qu'elle était complétement irréductible.

LECTURE.

M. VERNEUIL, après avoir rappelé les opérations pratiquées par M. Ehrmann (de Strasbourg), Prat et Follin pour extraire par une voie artificielle des polypes du larynx, donne lecture du travail suivant :

Opération de laryngo-trachéotomie pour un polype volumineux du larynx, par M. DEBROU.

Le 27 octobre 1863 entra dans mon service, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, le nommé Isidore V....., âgé de cinquante-deux ans, demeurant à Messas, près de Beaugency (Loiret).

Il nous dit lui-même qu'il avait une grosseur dans la gorge, où il éprouvait de la gêne depuis six mois ; que depuis ce moment la gêne était croissante pour parler, pour avaler, et même en marchant un peu vite. Sa voix était couverte et voilée ; il ne toussait pas, ne s'enrhumait jamais, mais il ne pouvait ni crier ni parler haut ni courir. La nuit, dans son sommeil, il était réveillé par de la gêne pour respirer, sans cependant avoir de crise d'étouffement. Nous lui fîmes manger plusieurs fois devant nous des potages très-liquides, les seuls qu'il pouvait prendre, et nous vîmes qu'il mettait beaucoup de temps pour avaler chaque gorgée, qu'après le troisième temps de la déglutition une partie même était restée en avant de l'isthme du gosier et revenait dans la bouche. Les liquides passaient plus facilement, c'est-à-dire franchissaient l'isthme ; mais le malade les avalait lentement, avec des précautions infinies.

Il était résulté de ces circonstances que le malade, se nourrissant mal, était maigre, sec et assez faible. Bien qu'on ne le vît pas respirer difficilement ou péniblement, il avait un teint bleuâtre.

A l'extérieur du cou, que l'on pouvait examiner facilement, à cause de la maigreur, on ne découvrait aucune saillie, aucun renflement pouvant faire soupçonner la présence d'une tumeur.

En abaissant fortement la langue pour voir le fond du gosier, d'abord on n'apercevait rien ; mais en restant en observation, si l'on attendait que le larynx montât par le fait d'un mouvement de déglutition, on voyait se montrer une tumeur arrondie, d'un rose grisâtre, qui paraissait bilobée et avoir le volume d'une grosse noix. Pour la mieux étudier, je la saisis avec une érigne, remplacée elle-même par

une pince de Museux, et pendant que je l'attirais ainsi d'une main, au fond du gosier, au-dessus de la base de la langue, avec le doigt indicateur de l'autre main, j'essayai de la contourner et de reconnaître son implantation.

Je constatai ainsi que la tumeur était dure (la pince de Museux, fortement tirée, ne la déchirait pas); qu'elle avait au moins le volume d'une grosse noix; que sa grosse partie était appuyée sur l'épiglotte; qu'une petite portion, située à droite, dépassait l'épiglotte en ce sens; que sa base d'implantation était large, mais ne pouvait pas être exactement déterminée; que cette implantation avait lieu à droite, très-probablement sur un des cartilages du larynx, peut-être cependant sur l'os hyoïde. Je voulus vérifier ce dernier point, par l'ascension du larynx dans les mouvements de traction de la tumeur en haut; mais je ne sus pas distinguer si le larynx montait par la traction que j'exerçais ou par des mouvements de vomissement qui étaient produits par la manœuvre.

Je voulus m'éclairer à l'aide du laryngoscope, et je me servis de celui de M. Moura-Bourouillou; mais le volume de la tumeur m'empêcha de retirer un grand secours de ce moyen. Je ne pus constater qu'à peu près les dimensions et la situation du polype; il me fut impossible de reconnaître son point d'insertion ni d'explorer même la cavité du larynx, qui était masquée par le gros renflement de la tumeur.

J'admis que V... portait un polype du larynx, qui remontait d'un point de sa cavité vers la base de la langue en haut; que ce polype s'implantait par une base large, à droite, et que, n'étant que très-peu mobile et n'occupant pas tout l'évasement qui forme la cavité sus-glottique du larynx, il n'avait point donné lieu à des accès de suffocation; mais que la mort était inévitable si on ne parvenait à l'extraire.

Le malade lui-même avait cette dernière conviction, et me demandait chaque matin à être opéré. Après l'avoir averti du danger possible et des chances heureuses que nous avions en notre faveur, je procédai à l'opération, le 7 novembre, en présence des élèves de l'hôpital et de plusieurs médecins.

Je commençai par passer un gros fil de soie, au moyen d'une aiguille courbe, à travers la portion de polype que l'on pouvait saisir au fond du gosier, et j'attirai les chefs hors de la bouche, pour m'en servir au besoin.

Ensuite et en premier lieu, je pratiquai la laryngotomie sous-hyoïdienne, me disant que je tomberais ainsi sur le polype, soit qu'il s'insérât sur le larynx, soit qu'il s'insérât sur l'os hyoïde. Je fis mon

incision transversale et divisai la membrane thyro-hyoïdienne au milieu, mais j'incisai la muqueuse et le pharynx sur le côté de l'épiglotte, en ménageant celle-ci. Cette opération fut simple et n'offrit rien de remarquable ; j'eus seulement une artériole à lier.

Alors, avec mon doigt introduit dans le pharynx et le larynx par son ouverture supérieure, je cherchai à constater le point où s'insérait le polype. Je reconnus qu'il s'insérait par une base large dans la cavité du larynx même, dans son ventricule droit.

J'essayai d'attirer la tumeur au dehors. Pour cela, je me servis de l'anse de fil que j'avais passée dans la base du polype, au fond du gosier, et dont les chefs étaient restés hors de la bouche. J'introduisis une sonde de caoutchouc de bas en haut à travers la plaie du cou jusque dans la bouche ; je passai les chefs de mon anse de fil dans les yeux de la sonde, et ramenant celle-ci par un mouvement inverse, j'attirai les chefs de fil au cou, au dehors de la plaie. Je n'eus donc qu'à faire une traction graduée avec le fil, comme celle que l'on exerce avec le forceps pour faire sortir la tête du fœtus dans un accouchement. J'espérais ainsi amener la tumeur au dehors par la plaie du cou, et appliquer un écraseur à son point d'adhérence; mais aux premiers efforts de traction, il y eut des menaces d'asphyxie, par suite de la déformation que cela amenait dans le larynx, et je me trouvai obligé de renoncer à cette manière d'opérer.

En second lieu donc, je fus amené à pratiquer la laryngotomie thyroïdienne. J'incisai verticalement la peau en partant du milieu de ma première incision transversale, et j'arrivai sur le cartilage thyroïde en écartant les muscles. Ce cartilage était ossifié. Avec une pince de Liston, je le divisai d'un coup sur la ligne médiane dans toute sa hauteur, et je pus voir enfin l'intérieur du larynx et aussi l'implantation de la tumeur.

Elle s'insérait au côté droit, comme je l'avais prévu, depuis le ligament aryténo-épiglottique droit jusqu'à 2 ou 3 millimètres au-dessus de la corde vocale inférieure du même côté, par conséquent remplissant le ventricule et ayant envahi la corde vocale supérieure. La tumeur était grosse à peu près comme un petit œuf de poule, de couleur grisâtre. Elle n'avait point de pédicule. Sa base, très-large, s'insérait dans l'étendue et dans le lieu ci-dessus indiqués. Elle semblait remplir presque la cavité du larynx ; mais cependant, comme elle s'insérait sur l'un de ses côtés et remontait en haut vers l'épiglotte en refoulant le ligament aryténo-épiglottique pour s'appuyer sur l'attache de la langue, il restait encore une place suffisante pour le passage de l'air.

Je passai autour de sa base l'anse d'un écraseur linéaire, afin de la

séparer à son insertion. La section fut longue et ne dura pas moins de quarante-cinq minutes. A la fin, je liai une artériole vers le sommet du cartilage aryténoïde. Quoique très-longue, cette manœuvre fut supportée par le malade avec une grande facilité, sans un seul mouvement de toux. Un aide avait soin d'écarter avec le doigt la moitié gauche du cartilage thyroïde, tandis que la tumeur, saisie par l'écraseur, renversait la moitié droite, et, comme le cartilage cricoïde était intact, l'air entrait et sortait librement. Pendant tout le temps de l'écrasement, il n'y eut pas la moindre gêne dans la respiration, et il ne tomba pas une goutte de sang dans la trachée.

La tumeur une fois enlevée et le malade respirant bien, tout était fini. Mais dans la crainte de voir des accidents de suffocation survenir par suite de l'inflammation et du gonflement de l'intérieur du larynx, je me décidai à placer une canule dans la trachée.

En troisième lieu enfin, j'agrandis par en bas l'incision verticale, j'écartai le bord supérieur du corps thyroïde avec une sonde cannelée, et après avoir lié une branche de l'artère thyroïdienne supérieure qui donnait assez fort, j'ouvris les deux premiers anneaux de la trachée, en ne touchant pas au cartilage cricoïde, qui resta intact, et je plaçai une canule à trachéotomie.

Je réunis à l'aide de points de suture les deux plaies transversale et verticale. Le cartilage thyroïde étant ossifié, je ne pus rapprocher qu'indirectement les deux lames, ce que je fis autant que possible en passant des fils dans les muscles thyro-cricoïdiens de chaque côté.

Immédiatement après l'opération, le malade put boire et avala assez bien, sans que le liquide revînt par la plaie inférieure ni n'excitât la toux.

Il fut reporté dans son lit, et je fis placer près de lui un interne chargé d'entretenir une flanelle imbibée d'eau tiède au-devant du cou, et de désobstruer la canule quand il en serait besoin.

La tumeur examinée pesait 22 grammes. Elle avait le volume et la forme d'un œuf de poule avec un renflement comme une noisette situé à droite.

Voici ses diamètres :

Longueur.	4	centimètres.
Largeur.	3	—

Et en y joignant le petit renflement qui est dans ce sens, on trouve aussi. . . . . 4 centimètres.

Circonférence.	11	—
Surface de l'implantation. . .	3	—

La surface d'implantation était moins lisse, rugueuse et saignante. On reconnaissait que c'était par là que la tumeur adhérait au cartilage aryténoïde, dont elle couvrait toute la face interne. Son tissu était ferme, fibreux, peu vasculaire, blanc sous la coupe. On distinguait autour de sa base la membrane muqueuse, qui faisait un bourrelet et se continuait sans doute avec la surface du polype, mais y était tellement adhérente ou mince qu'on ne pouvait l'en détacher.

Pendant les deux premiers jours, tout alla bien. Le malade avait peu de fièvre; il buvait du bouillon ou de l'eau vineuse, mais ne voulut pas manger de potages, disant qu'il souffrait trop en avalant. A plusieurs reprises, en ôtant la canule et fermant la plaie, je reconnus que l'air traversait aisément le larynx; le malade pouvait souffler par la bouche et parlait distinctement, mais à voix très-basse.

Le troisième jour, la toux devint très-fréquente et les crachats très-épais, très-abondants. A partir de ce moment, on fut occupé à chaque instant à nettoyer la canule intérieure et à enlever les crachats que la toux poussait à son orifice.

Le cinquième jour, j'enlevai tous les fils de suture; la peau avait pris incomplétement. J'ôtai la canule pendant deux heures. Le malade avait moins dormi et avait été agité pendant la nuit. Il se plaignit d'une douleur à l'hypocondre droit. Son pouls était à 110. Il était découragé. Les crachats toujours très-épais, très-abondants.

Le sixième jour, même état que la veille; un peu de délire dans la nuit. La canule, ôtée pendant quelque temps, est replacée parce que les crachats sortent plus facilement par son ouverture que par la plaie abandonnée à elle-même.

Le septième jour, le malade est affaissé, tousse et crache moins. On entend des râles nombreux dans le dos et des sifflements dans la trachée. La toux et les crachats diminuent.

Mort à dix heures du soir.

Autopsie faite seize heures après la mort. — Aucune des plaies du cou n'est cicatrisée, et elles sont toutes en suppuration. Les deux moitiés du cartilage thyroïde sont juxtaposées, sans aucune réunion. L'épiglotte est à sa place et est entière, à l'exception d'une très-petite partie de sa base, qui manque et doit avoir été coupée dans la laryngotomie sous-hyoïdienne. Toutes les surfaces des plaies sont couvertes d'une suppuration fétide.

Les trois premiers anneaux de la trachée sont ouverts sur le milieu par une incision verticale. Le cartilage cricoïde est intact; il est ossifié.

La face interne du larynx est d'un gris pâle. A droite se voit une surface rugueuse, privée de muqueuse et couverte de pus, s'étendant

depuis la corde vocale inférieure (la supérieure a disparu) jusqu'au ligament aryténo-épiglottique. C'était en ce point que s'insérait le polype et de là qu'il a été séparé. Le toucher montre exactement qu'il n'en reste aucune partie. On voit à nu les muscles et la face interne dénudée du cartilage aryténoïde. Le reste de la muqueuse du larynx paraît intact. Elle n'est ni épaissie, ni ramollie, ni boursouflée; elle est adhérente au tissu sous-jacent. Sa couleur est d'un gris uniforme sans injection. Il y a seulement une ecchymose claire dans le ventricule gauche.

Au côté droit du larynx et en dehors, on trouve une traînée de pus qui, en bas, s'arrête au commencement du corps thyroïde; en haut, remonte jusqu'au niveau de la grande corne de l'os thyroïde. Ce sillon purulent est appuyé sur le devant de la colonne vertérale, en dehors de la gaîne des vaisseaux cervicaux. Le corps thyroïde n'offre pas de suppuration.

Dans la poitrine, au premier aspect, les poumons sont d'un gris clair et n'ont pas la teinte bleu veineux qui accompagne l'asphyxie. Dans la cavité pleurale droite, il y a un verre de liquide séreux épanché et quelques fausses membranes molles, récentes, qui sont situées tout à fait à la base du poumon, surtout au niveau du diaphragme. Les lobes supérieurs des deux poumons sont peu engorgés. Les lobes inférieurs le sont beaucoup plus, surtout dans le poumon droit.

La trachée-artère est injectée à sa face interne, depuis le niveau de la plaie jusque dans les divisions bronchiques, et de plus en plus à mesure qu'on pénètre loin dans celles-ci. La muqueuse ainsi injectée est d'un brun grisâtre, mais elle ne paraît pas sensiblement épaissie ni ramollie.

A mesure qu'on pénètre dans les divisions bronchiques, on les trouve de plus en plus remplies de pus et de mucus, et il en sort comme des flocons de mille points, à toute la surface des coupes faites dans le tissu. Cela a lieu surtout à la base, et plus dans le poumon droit. Dans le lobe inférieur de ce même poumon, il y a des ecchymoses lenticulaires d'un brun foncé au sein du tissu engorgé, et en d'autres points, de véritables petits foyers purulents. On trouve même trois foyers plus gros, dont l'un capable de loger une petite noix, qui sont situés sous la plèvre et sont placés au niveau des fausses membranes pleurétiques. Ces foyers de pus sont en tout semblables à ceux qu'on rencontre dans les infections purulentes, et qu'on désigne sous le nom d'abcès métastatiques.

Il n'y avait de suppuration ni dans le foie, ni dans la rate, ni ailleurs.

Remarques. — Je pense que cette observation intéressera les chirurgiens, assez nombreux aujourd'hui, qui s'occupent des polypes du larynx.

I. Si je ne me trompe, le polype de mon malade est le plus gros de tous ceux qu'on a vus dans le larynx. Le mémoire si important de M. Ehrmann n'en mentionne pas un seul de cette dimension, et celui qu'il a enlevé par une opération très-habile était comparativement beaucoup plus petit. En outre, la tumeur de V... était fibreuse et mériterait plutôt le nom de *fibrôme* que celui de polype proprement dit. Sous ce nom de *polypes* on a confondu, au larynx comme ailleurs, des excroissances diverses. Mais il y a lieu dès aujourd'hui de les diviser en deux groupes : les polypes muqueux et les polypes fibreux. Or, les premiers, plus nombreux et plus fréquents, insérés par un pédicule, et par là même mobiles dans la cavité du larynx, sont ceux dont on voit des exemples récemment produits dans les académies. C'est pour eux que le laryngoscope peut rendre de grands services, parce que leur mobilité, qui a lieu presque dès le début, donnant lieu à des accidents qui éveillent l'attention, on les recherchera de bonne heure. Et même le chirurgien peut, guidé par le laryngoscope et aidé par des instruments spéciaux, attaquer le polype sur place et par les voies naturelles, à l'exemple de M. le docteur Bruns (de Tubingen). Mais il est probable que les polypes fibreux, qui naissent de l'un des cartilages du larynx, ont une base plus large et ne donnent lieu à des accidents remarqués que quand leur volume gêne le passage de l'air. Et quand bien même on arriverait à les soupçonner et à les apercevoir avant qu'ils eussent acquis un grand volume, il est infiniment probable encore qu'on ne pourra presque jamais les opérer par les voies naturelles, soit à cause de la largeur de leur base, soit à cause de la fermeté de leur tissu. Je demande par exemple s'il eût été possible d'opérer ainsi la tumeur de V..., dans le cas même où elle n'eût présenté que la moitié de son volume.

II. Il résulte de cette remarque qu'il y a des polypes qui seront toujours du ressort de la chirurgie proprement dite, et qu'on devra opérer autrement qu'en les allant pêcher en quelque sorte avec une pince ou un hameçon à travers l'ouverture naturelle du larynx. Desault, Dupuytren et Roux avaient déjà indiqué la convenance de la laryngotomie pour ces cas, et M. le docteur Brauers a eu l'honneur, en 1834 ou 1833, d'appliquer le premier cette opération à des excroissances du larynx.

Dix ans plus tard, le professeur Ehrmann (de Strasbourg) a pratiqué en 1844 la même opération avec un succès complet ; et, depuis lors, son exemple et sa conduite ont été proposés pour modèle à tous

ceux qui auront à opérer des polypes volumineux du larynx. Je m'associe à tous les éloges si justement accordés au professeur de Strasbourg, et j'avoue que j'ai voulu l'imiter et marcher sur ses traces; mais je crois aujourd'hui qu'il y a lieu d'examiner s'il faut suivre ses conseils en tout; *si la trachéotomie doit nécessairement entrer dans le plan de l'opération et doit être jointe toujours à la laryngotomie.*

III. Pour être exact, je ferai remarquer d'abord que le chirurgien de Strasbourg ne pouvait pas se dispenser de faire la trachéotomie. Sa malade ayant été prise tout à coup d'une suffocation extrême, l'ouverture de la trachée devint obligatoire avant tout, pour empêcher la mort; et deux jours après, la respiration étant ainsi établie, la laryngotomie fut pratiquée pour extraire le polype, qui s'insérait dans l'un des ventricules. Il n'y a que des éloges à donner à une telle conduite, qui fut récompensée par un succès complet. Mais il doit se présenter des cas différents, et c'est pour ce qui les concerne que je veux examiner la question. Chez mon malade, par exemple, j'avais reconnu une tumeur telle que la laryngotomie seule pouvait en permettre l'extraction. Et la suffocation n'existant pas, la trachéotomie devenait une chose facultative, sur l'utilité de laquelle on pouvait et on peut avoir des avis partagés. M. Ehrmann semble lui attribuer des avantages qui la rendent utile, même si elle n'est pas indispensable. Voici comment il s'exprime à cet égard :

« Ce fut surtout dans cette seconde opération (laryngotomie faite » deux jours après la trachéotomie) que j'eus à me féliciter d'avoir » agi comme je l'avais fait. J'ai retiré un avantage immense de la » présence de la canule dans la trachée pendant tout le temps que » j'opérai. D'abord, l'air continua à y entrer et à en sortir avec la » plus grande facilité; de plus, en la faisant abaisser ou déprimer lé- » gèrement par un aide, elle servait à tendre si parfaitement l'ouver- » ture faite à la trachée, qu'elle préserva complétement ce canal de » l'entrée de tout corps étranger, et que pas une goutte de sang ne » put s'y introduire pendant l'incision du larynx. L'exploration de » ce dernier organe et l'extirpation du polype purent se faire sans la » moindre difficulté, sans aucune appréhension d'accidents, avec le » calme et le temps nécessaires à une si délicate opération. En un » mot, je pus agir comme si j'avais eu affaire à un organe placé tout » à fait en dehors des voies respiratoires. Pratiquée ainsi en deux » temps, cette laryngo-trachéotomie me semble avoir eu le double » avantage de donner à la malade le temps de se remettre des an- » goisses d'une mort menaçante et de fournir au chirurgien l'occasion » d'opérer *tuto et jucunde.* — Un dernier avantage, et ce n'est pas le » moindre, que j'attribue à la canule, laissée même après l'opération,

» c'est de soustraire pendant quelques jours les surfaces dénudées au » passage alternatif de l'air, dont l'action irritante sur les tissus sai- » gnants ne peut qu'être préjudiciable en s'opposant à une prompte » cicatrisation. » (*Histoire des polypes du larynx*, 1850, page 34.)

Il ressort clairement de ce passage de M. Ehrmann, que la laryngotomie pratiquée pour extraire un polype du larynx est plus facile et réussit mieux quand on la fait précéder de la trachéotomie. Et il est évident qu'il généralise sa conduite et qu'il en fait un précepte applicable à tous les cas.

IV. Dans un travail savant et judicieux sur les polypes du larynx (*Gazette hebdomadaire*, 13 mars 1863), M. Verneuil a donné un extrait d'une opération pratiquée par M. Gurdon Buck, chirurgien de l'hôpital de New-York, et dans laquelle la trachéotomie a été faite aussi, mais dans des conditions différentes de celles où se trouvait la malade de Strasbourg. Voici le résumé de cette observation très-remarquable et beaucoup moins connue que celle de M. Ehrmann : « Tumeurs fongueuses multiples dans le larynx, chez une dame de » cinquante et un ans. Le 3 mai, incision sur la ligne médiane ; ou- » verture de la membrane crico-thyroïdienne, puis section à l'aide » de forts ciseaux du cartilage thyroïde ossifié, du cartilage cricoïde » et des premiers anneaux de la trachée. Le larynx est rempli de » végétations solides ; on en extirpe une partie, et l'ablation com- » plète étant jugée impossible, on ajourne la fin de l'opération. Exci- » sion partielle des deux premiers anneaux de la trachée, pour placer » une canule à demeure. Le lendemain, seconde séance d'excision, » qui reste encore incomplète ; cautérisation du reste de la tumeur » avec le nitrate acide de mercure ; il en résulte un gonflement con- » sidérable qui masque tout à fait la cavité du larynx. On se décide » à attendre la guérison de la plaie pour agir de nouveau.

» Le 20 septembre (quatre mois et demi après), seconde opéra- » tion. On incise depuis l'ouverture trachéale occupée par la canule » jusqu'à un pouce et demi du menton, divisant ainsi sur la ligne » médiane les deux cartilages et les membranes jusqu'à l'os hyoïde, » puis on prolonge d'un pouce en bas l'ouverture permanente de la » trachée. On arrache et on excise quelques portions pédiculées, » mais on reconnaît alors que la tumeur est trop étendue pour qu'on » puisse l'enlever en entier ; on retranche ce qu'on peut pour désob- » struer la glotte. Réunion partielle de la plaie. Canule remise en » place. Cette cruelle opération est bien supportée ; elle ne provo- » que pas d'accidents sérieux ; mais bientôt les accidents d'obstruc- » tion reparaissent : la canule se déplace à chaque instant. Pour » prolonger la vie, trois mois et demi plus tard on plaça une canule

» dans la partie la plus inférieure de la trachée, au-dessus de la four-
» chette du sternum. Enfin, sept mois plus tard, une suffocation
» mortelle arriva en retirant la canule, qui ne put être remise en
» place par la malade. »

Cette observation est assurément très-remarquable, et on ne sait ce qui surprend le plus en elle, des ressources ingénieuses du chirurgien, du courage de la malade ou de la résistance du mal. La trachéotomie y a joué un rôle utile comme adjuvant de la laryngotomie, et en sens inverse de ce qui s'est présenté dans le cas de M. Ehrmann; mais cette utilité, qui était encore ici une nécessité, a tenu, comme chez la malade de Strasbourg, à une circonstance purement accidentelle. Elle a tenu à la forme, au volume et à l'implantation des tumeurs du larynx, qui n'ont pas pu être extirpées en une seule ni même en deux séances. Cela rentre donc dans les modifications pour lesquelles le chirurgien doit varier ou approprier sa conduite, suivant les nécessités qui se présentent; mais il n'en ressort pas une règle qui doive être généralisée. Comme l'a établi M. Gurdon Buck lui-même, au rapport de M. Verneuil, on devra l'imiter « toutes les fois » que l'on sera forcé d'effectuer en plusieurs temps la destruction de » la tumeur »; de même que M. Ehrmann doit être imité aussi toutes les fois que le malade, avant d'être opéré de son polype, est en proie à une suffocation menaçante.

V. Les deux malades de MM. Erhmann et Gurdon Buck étaient donc dans des conditions exceptionnelles, et ne peuvent pas servir pour établir une règle générale de conduite. L'observation que je publie est plus concluante sous ce rapport, et je vais rechercher si elle démontre que la trachéotomie est un adjuvant obligé de la laryngotomie dans les cas de polypes volumineux du larynx.

Evidemment d'abord la trachéotomie préliminaire n'était pas exigée chez mon malade par la crainte d'une suffocation possible pendant l'opération. Il respirait un peu incomplétement, de manière à être dans un état habituel d'asphyxie lente, mais il n'avait eu aucune crise de suffocation, et la marche de l'opération a prouvé que pendant tout le long temps qu'elle a duré il a respiré parfaitement bien. Il a suffi pour cela de tenir les deux lames du cartilage thyroïde écartées et d'empêcher le sang de tomber dans la trachée. Or avec l'écraseur (que M. Ehrmann ne pouvait pas employer en 1844) on évite ce dernier accident. On a même l'avantage d'agir complétement à sec, et bien que cet avantage soit un peu acheté par le temps que l'on met à opérer, je n'ai pas hésité à recourir à l'écraseur, tout en reconnaissant que celui dont je me suis servi n'était pas aussi bon que possible. Il ne reste donc plus parmi les motifs invoqués par le chirurgien

de Strasbourg que celui qu'il donne en dernier lieu. « Un dernier » avantage, et ce n'est pas le moindre, que j'attribue à la canule » laissée même après l'opération, c'est de soustraire pendant quel- » ques jours les surfaces dénudées au passage alternatif de l'air, dont » l'action irritante sur des tissus saignants ne peut qu'être préjudicia- » ble en s'opposant à une prompte cicatrisation. »

J'avoue bien que c'est à peu près à un motif de ce genre que j'ai eu égard quand j'ai terminé mon opération; seulement je crois qu'on l'exprime mieux, ou au moins qu'on en fait mieux comprendre la valeur en se servant de termes plus précis. Ce que jo craignais en réalité, ce n'était pas de retarder la cicatrisation par le passage répété do l'air sur une surface saignante. C'était le travail d'inflammation tout entier, provoquant de la suppuration, un boursouflement de la muqueuse du ventricule (où s'implantait le polype) et une extension de l'inflammation aux cordes vocales et à toute la cavité du larynx. Je craignais en définitive une suffocation semblable à celle qui arrive dans l'œdème de la glotte. Alors, ayant consulté les médecins qui m'assistaient et qui partageaient mon avis, j'ai ouvert la trachée et placé une canule, afin d'assurer la respiration pendant tout le temps que durerait l'inflammation traumatique du larynx. En n'assurant pas ainsi la respiration à un degré suffisant et permanent, il me semblait que je serais exposé jusqu'au cinquième ou sixième jour à pratiquer à l'improviste une trachéotomie rendue urgente par une suffocation extrême. Et c'est pour échapper à la nécessité soudaine de l'opération dans un moment où le malade ne devait plus demander que du repos, que j'ai préféré la faire immédiatement. Je ne connaissais alors le travail de M. Ehrmann que par les extraits qu'en a donnés M. Verneuil. On voit cependant que dans le moment même, lorsque j'ai eu enlevé la tumeur, j'ai été obsédé par la même réflexion que le chirurgien de Strasbourg. Lui seulement, il ne l'a trouvée que dans son cabinet, en rédigeant son travail, tandis que je l'ai euo devant le malade, ma main n'étant pas encore désarmée, et j'ai agi après une réflexion rapide, comme on le fait en pareil cas. Où était l'expérience pour me guider ? L'expérience manque complétement sur ce sujet, et j'ai raisonné pour y suppléer.

Mais je pense aujourd'hui qu'il vaudra mieux à l'avenir ne pas faire ce que j'ai fait. Je crois :

1° Que la trachéotomie n'était pas nécessaire chez mon malade ;

2° Qu'elle ajoute un grand danger à l'opération, et que c'est elle qui a fait mourir mon opéré.

VI. 1° *La trachéotomie n'était pas nécessaire chez ce malade.* — J'ai déjà indiqué que pendant tout le temps de l'opération il a respiré

de manière à ne donner aucune inquiétude et à ne gêner en rien la manœuvre.

Après l'opération, j'ai vérifié que le malade pouvait parler à voix distincte et respirait librement en ôtant la canule et fermant la plaie, quand j'ai fait cette épreuve pendant un instant les deux premiers jours et les jours suivants. Puis, à l'autopsie, qui a eu lieu le huitième jour, la mort ayant eu lieu le septième, il y avait une couche très-mince de pus à la surface du ventricule droit et au-dessus, dans l'étendue d'où avait été détaché le polype; mais il n'y avait pas de pus ailleurs, et nulle part la muqueuse n'était œdématiée ni même épaissie d'une manière sensible. La glotte proprement dite avait ses dimensions ordinaires, et les cordes vocales inférieures ne paraissaient pas changées de leur état normal. Cette description anéantit les craintes chimériques que j'avais conçues sur l'influence de l'opération, eu égard à l'intérieur du larynx, et démontre *a posteriori* que la suffocation n'a pas de raison d'être, au moins quand l'ablation de la tumeur a permis de ménager les cordes vocales inférieures.

L'observation de M. Brauers, rapportée par M. Ehrmann (*loc. cit.*, p. 12), confirme la même conclusion, et j'avoue même que si j'en avais eu connaissance avant d'opérer mon malade, je n'aurais pas cédé à la tentation de finir par la trachéotomie. Voici un résumé de cette observation :

« Le cartilage thyroïde fut incisé dans toute sa longueur. En écar-
» tant les bords de sa division, on aperçut des excroissances verru-
» queuses qui remplissaient toute la cavité du larynx. On les cauté-
» risa avec le nitrate acide de mercure. Au bout de quelques jours,
» ces tumeurs avaient acquis une telle dimension, que la respiration
» devint derechef très-difficile. La plaie, presque fermée, fut agran-
» die par l'ablation d'une partie du cartilage thyroïde. Les tumeurs
» repullulèrent avec vigueur à l'endroit où elles furent cautérisées,
» et cela toujours en raison du nombre direct des cautérisations. On
» appliqua enfin le fer rouge, qui ne produisit qu'une légère inflam-
» mation de la face interne du larynx, tandis que la partie postérieure
» devint le siége d'un engorgement inflammatoire qui comprima telle-
» ment l'œsophage, que pendant trois jours la malade ne put avaler
» une seule goutte de liquide. Cet état, néanmoins, se dissipa ; mais
» à la suite des irritations successives produites chaque fois par la
» cautérisation, le larynx passa à l'état d'induration squirrheuse, une
» fièvre hectique s'alluma ; elle devait amener nécessairement la mort,
» qui n'était pas encore arrivée au moment où le médecin qui rap-
» porte le fait avait visité la malade. »

Voilà un larynx qu'on a cautérisé plusieurs fois avec le nitrate

acide de mercure, une fois avec le fer rouge, qui était plein de tumeurs verruqueuses repullulant sans cesse, et le malade a supporté tout cela sans subir la trachéotomie. A la vérité, à un moment le chirurgien a réséqué une partie du cartilage thyroïde, ce que l'on peut regarder comme l'équivalent d'une trachéotomie. Mais cette addition n'a été faite que tard, plusieurs jours après la laryngotomie simple, et après que l'on eut cautérisé une première fois avec le nitrate acide de mercure. Et il paraît même que la plaie « était presque fermée », et qu'on fut obligé de la rouvrir pour faire une seconde opération.

— Peut-être est-il regrettable que ce fait si extraordinaire qui s'est passé à Louvain, et qui fut reproduit de souvenir à un professeur de Bonn, n'ait pas été rapporté et exposé par l'opérateur lui-même.

Si, en conservant des doutes sur son exactitude, on ne voulait pas le faire servir à fortifier l'opinion que j'exprime, il resterait vrai au moins que rien dans l'observation de mon malade ne tend à prouver que la trachéotomie était indispensable chez lui.

VII. 2° *Et pourtant c'est elle qui a amené la mort de mon opéré.*— Les détails de l'autopsie le démontrent assez. C'est la trachéotomie qui a amené la bronchite, puis l'engouement du poumon, l'accumulation des crachats, les abcès si remarquables dans le poumon droit, puis la pleurésie. Sans doute la trachéotomie est souvent suivie de guérison, surtout chez les adultes ; mais on aurait tort de croire qu'elle est sans danger, en considérant, par exemple, les cas où on l'a faite pour extraire un corps étranger. Dans cette circonstance, on ferme la plaie aussitôt la sortie du corps, et il ne s'établit pas nécessairement cette bronchite catarrhale grave, accompagnée de crachats qui obstruent la canule laissée à demeure, et qui s'accumulant dans les rameaux bronchiques et les obstruant, amènent l'engorgement et l'asphyxie graduelle. Qu'on lise dans le *Traité de la phthisie laryngée* de MM. Trousseau et Belloc, l'observation de M. de Serry, à qui M. Trousseau fit la laryngotomie cricoïdienne, en laissant une canule dans la plaie. Tout alla bien pendant les cinq premiers jours ; puis la toux devint très-fréquente, il y eut un point de côté pleurétique, et la mort arriva le sixième jour. L'autopsie fit voir exactement ce que l'on trouva chez mon opéré, moins les abcès circonscrits.

Puisque je m'étais décidé à ouvrir la trachée et à y laisser une canule, à quelle époque aurait-il fallu retirer celle-ci? Comme j'attendais et craignais l'inflammation traumatique, je me trouvais obligé d'aller jusqu'au cinquième ou sixième jour. Dans la journée du cinquième jour j'essayai de l'ôter tout à fait, et je fus obligé de la re-

mettre, parce que les crachats s'échappaient encore mieux à travers elle qu'à travers la plaie. Je fus obligé de la maintenir précisément à cause de l'accident qu'elle avait amené.

VIII. Je veux en terminant signaler un dernier point touchant l'ossification du cartilage thyroïde. Qu'est-ce qu'il en résulte pour les suites de la laryngotomie ? Comment se fait la soudure, et en combien de temps ? Mon observation n'apprend rien à cet égard, puisque mon malade a succombé. Je vois dans l'observation de M. Gurdon Buck que chez la malade opérée le 3 mai, on trouva le cartilage ossifié, et que le 20 septembre, quand on fit la seconde opération pour enlever de nouveau les polypes repullulés, « on divisa depuis l'ouverture tra- » chéale, occupée par la canule, jusqu'à un pouce et demi du men- » ton, incisant ainsi sur la ligne médiane les deux cartilages et les » membranes jusqu'à l'os hyoïde. »

Cela veut-il dire que les deux moitiés du cartilage thyroïde s'étaient réunies ? Cela est possible assurément, mais il me paraît difficile que cette réunion ait lieu par l'affrontement exact des bords divisés et sans chevauchement. Pour moi, j'étais très-préoccupé de la coaptation dans un pareil cas. Quand les pièces sont à l'état cartilagineux, on peut les unir avec la suture; mais à l'état osseux on n'a aucun moyen de les tenir en contact, et les mouvements se faisant à chaque instant dans cette partie, on ne comprend pas que leur soudure se fasse régulièrement.

Une dernière question. Que devient la voix après la laryngotomie thyroïdienne ? L'observation de M. Ehrmann pourrait seule éclairer ce point. Mais on ne trouve pas de renseignements tout à fait suffisants dans le récit qu'il a donné. La malade opérée le 15 mars partit le 5 avril pour la campagne, d'où elle revint huit jours après, et alors « non-seulement la plaie du cou se trouva complétement fermée, mais » la santé générale ne laissa rien à désirer. *L'aphonie seule persista » encore*, et la cicatrice des téguments, adhérente à celle du larynx » et de la trachée, suit sans occasionner aucune gène tous les mou- » vements du tube aérien. »

Ainsi, un mois après l'opération, l'aphonie persistait. L'auteur ajoute : « Ainsi se passèrent six mois, pendant lesquels, débarrassée » de son polype et de tous les accidents qui en furent la suite, » C. M... jouit d'un bien-être que rien n'est venu troubler; toutes » les fonctions avaient repris leur cours habituel, et la respiration » surtout n'éprouva plus aucune entrave. » Puis, au septième mois après l'opération, en octobre, la malade mourut du choléra. *Toutes les fonctions avaient repris leur cours habituel.* Veut-il dire que la voix était revenue, et revenue comme à une personne ordinaire ? Il

y a à regretter un peu que l'habile chirurgien n'ait pas par un mot levé tous les doutes.

— A quatre heures et demie, la Société entre en comité secret ; la séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, U. TRÉLAT.

Séance du 30 mars 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les journaux de la semaine. — Le *Journal de médecine de Bordeaux*. — Les *Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne et de la Loire*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Bulletin de la Société médicale d'émulation de Paris*. — Le *Bulletin de la Société médicale du Haut-Rhin*.

— M. le docteur Black, de Londres, adresse deux brochures : 1° *Pathologie de la membrane muqueuse broncho-pulmonaire ;* 2° *Pathologie des tubercules des os*.

— M. le docteur Joseph Longo de Casanaro : *Recherches historiques sur la ligature des veines et des artères depuis Celse jusqu'à Dionis*.

— M. le docteur Middeldorpf : *Compression à travers la peau des artères dans la continuité, nouvelle méthode hémostatique*.

— La Société des sciences physiques et naturelles de Bordeaux envoie le deuxième volume de ses Mémoires.

— MM. les docteurs Berne et Delore, de Lyon, leur ouvrage intitulé : *Influence de la physiologie moderne sur la médecine pratique*.

— M. Giraldès présente de la part de M. le docteur J. Hamilton, de Dublin, un ouvrage intitulé : *Restauration de la perte du nez*, avec planches.

— M. le docteur Duploüy, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole navale de Rochefort, adresse avec deux photographies un *modèle d'urinal en gutta-percha*.

Aphémie traumatique. — M. BROCA communique une observation adressée à la Société par M. Ange Duval, membre correspondant à Brest, et intitulée : *Fracture de la partie gauche du frontal ; issue de la matière cérébrale ; aphémie. Oubli pendant longtemps de l'articulation d'un grand nombre de mots. Guérison.*

Georges L..., âgé de treize ans, employé aux travaux hydrauliques,

est porté le 6 mai 1863 à la salle de Clinique. Il a fait une chute du haut des rochers qui dominent les bassins du Salou (16 à 18 mètres).

Le côté gauche du corps et la tête ont porté sur le sol.

On constate : 1° une plaie contuse à la cuisse gauche; 2° une fracture du radius du même côté; 3° une large plaie à la partie supérieure du frontal, siégeant sur la bosse frontale gauche et se prolongeant en dehors et en haut dans l'étendue de 6 centimètres.

Cette plaie laisse à découvert une fracture avec enfoncement *évalué à 4 ou 5 millimètres;* la pulpe du doigt suit facilement les inégalités des fragments. J'enlève à l'aide d'une pince une esquille longue de 1 centimètre sur 3 ou 4 millimètres de largeur.

D'autres plaies insignifiantes se remarquent au-dessus du pavillon de l'oreille et de l'apophyse mastoïde gauches. Toutes ces lésions ont été suivies d'hémorrhagie ; une certaine quantité de sang s'est écoulée aussi de la narine et du conduit auditif gauche.

Perte absolue de connaissance ; peau et extrémités froides ; pouls à 64, à peine perceptible, pupilles contractées ; résolution des membres ; pas de selles, pas d'urines.

Les moyens de révulsion et de calorification employés amènent le lendemain une réaction sensible. Pouls à 75, peau chaude, pupilles contractées, coma, pas de réponse aux questions adressées; cris très-aigus lorsqu'une pression est exercée en arrière de la fracture du frontal.

Par la plaie du front que je n'ai pas réunie et qui n'a été recouverte que d'un linge fin fenêtré et d'un plumasseau de charpie, est sortie une assez grande quantité de pulpe cérébrale qu'on évalue à au moins 12 grammes (presque une cuillerée à bouche) ; mon doigt pénètre facilement entre les fragments, et j'extrais une petite esquille longue de quelques millimètres.

Les jours suivants, les symptômes sont les mêmes : coma, mutisme ; cris d'une acuité extrême lors de la pression sur le point que j'ai indiqué.

Ce n'est que le 15 mai que l'intelligence paraît renaître. Les pupilles sont sensibles à la lumière ; le malade essaye, mais sans résultat, de prononcer quelques mots ; il boit volontiers et a pris lui-même sa tasse de tisane.

A partir de ce jour, une amélioration évidente se montre ; mais elle est si lente que je trouve inutile de copier mes notes, qui, tenues matin et soir, relatent trop scrupuleusement les progrès intellectuels de notre jeune blessé.

Il ne profère d'abord qu'un nombre restreint de mots *(maman,*

père, maison, revenir), et encore souvent la syllabe terminale du mot manque.

La plaie laisse toujours écouler une petite quantité de pus mêlé à une grande quantité de sérosité tantôt trouble, le plus souvent presque citrine. A divers intervalles, on rencontre sur la compresse fenêtrée des parcelles reconnaissables de matière cérébrale.

Cette sérosité, dont il est impossible d'apprécier la quantité, mouille ordinairement les compresses dans l'intervalle des pansements, et le 31 mai, un œdème qui était survenu aux paupières depuis plusieurs jours envahit toute la région frontale. Les lèvres de la plaie, que j'avais bien recommandé de laisser béantes, étaient presque réunies.

Je les séparai à l'aide d'un stylet, et il s'échappa aussitôt *au moins* 60 grammes de ce liquide séreux.

Son écoulement a été continu ; constaté pour la première fois le 18 mai, il a duré jusqu'au 10 juin. Il est difficile d'évaluer sa quantité au-dessous de 350 à 400 grammes. Quoique l'analyse n'en ait pas été faite, je regarde comme sa source unique le liquide sous-arachnoïdien.

Ce même jour, 31 mai, L... put articuler des mots nouveaux, et après quelques jours, vers le 10 juin, il commença à faire des phrases, toujours incomplètes mais assez intelligibles. Il a conservé la mémoire de tous les faits antérieurs, même celle de son ascension sur les rochers. Il n'a perdu le souvenir que des dix ou douze premiers jours de son entrée à l'hôpital.

Ce n'est également que ce jour même, le 31 mai, que je puis constater l'existence d'une hémiplégie du côté droit, à peine prononcée dans le membre inférieur, très-marquée dans le bras et l'avant-bras droits.

Sur la demande réitérée de ses parents, le malade sort de l'hôpital le 26 juin ; les plaies sont fermées depuis le 22.

L'intelligence est très-nette, la parole est embarrassée; il ne peut prononcer une seule phrase sans que plusieurs mots, quelquefois essentiels, manquent.

Il y a un peu de faiblesse dans le côté droit. La plupart des mouvements du membre supérieur sont très-peu étendus ; ainsi l'enfant ne peut porter la main à la bouche qu'avec l'aide du bras gauche.

J'ai revu cet enfant bon nombre de fois depuis sa sortie, et je l'ai encore examiné aujourd'hui même, 28 mars 1864. J'ai interrogé souvent ses parents. Ceux-ci m'ont toujours déclaré que L... s'exprimait bien avant sa chute, que la parole était même assez facile ; qu'il lisait couramment depuis deux ans et savait un peu écrire.

Or, voici le résumé de mes observations faites plus de dix mois après la fracture :

Sur et près la bosse frontale gauche se trouve un enfoncement assez considérable pouvant loger la pulpe du doigt. Cet enfoncement est recouvert par le cuir chevelu adhérent à l'os. Une cicatrice étoilée et irrégulière en ce point se prolonge obliquement en dehors et en haut dans l'étendue de 3 centimètres.

L'extrémité interne de la fracture est à 47 millimètres de la ligne médiane, ou mieux de la suture frontale proprement dite.

Si de cette même extrémité on fait tomber une ligne perpendiculaire sur l'arcade sourcilière, celle-ci coupe le sourcil à la réunion de ses trois quarts internes et de son quart externe. La cicatrice est située à 4 centimètres au-dessus de l'arcade sourcilière.

Il n'existe plus de paralysie ; l'enfant est robuste, un peu petit, mais à musculature fortement développée ; l'œil est très-intelligent. La parole est lente ; plusieurs syllabes sont mal articulées, et, malgré les progrès que nous sommes obligé de reconnaître, il est certain pour nous, et ses parents le déclarent, qu'il n'a pas encore recouvré la possibilité de prononcer tous les mots qu'il savait il y a un an. Quoique d'un naturel doux, il s'impatiente dans ces moments et dit : *Je sais, mais je ne puis pas.*

Avant l'accident, il lisait très-convenablement et allait à l'école ; aujourd'hui il a épelé devant nous et d'une manière médiocre les titres d'un journal, et cependant il m'a prouvé qu'il comprenait les lignes placées sous ses yeux.

Je crois devoir rattacher ce fait aux deux autres observations d'aphémie traumatique que j'ai déjà eu l'honneur de communiquer à la Société.

DISCUSSION.

Thérapeutique des polypes du larynx.

M. EHRMANN (de Strasbourg) adresse la lettre suivante :

Monsieur le président,

Je lis dans un compte rendu de la dernière séance de la Société de chirurgie, à laquelle je me félicite d'appartenir, ce qui suit :

« M. Verneuil a été appelé à la tribune pour lire une observation » de *Polype du larynx*, due à M. le docteur Debrou (d'Orléans), » et je trouve comme conclusion de cette communication les assertions suivantes : « Dans les remarques pleines d'intérêt et empreintes » d'une rare franchise, l'auteur de l'observation n'hésite pas à attribuer

» l'insuccès de l'opération et la mort du malade à la *trachéotomie*,
» qui a provoqué une bronchite catarrhale grave, source des lésions
» mortelles qui se sont produites. M. Debrou regrette de s'être laissé
» *entraîner*, par l'exemple de M. Ehrmann (de Strasbourg), à prati-
» quer cette trachéotomie, qui n'était pas nécessaire, dit-il, puisque
» le malade ne présentait pas d'accident de suffocation. Instruit par
» l'expérience, M. Debrou, contrairement à l'opinion de M. Ehrmann
» et *d'accord avec l'opinion émise par M. Verneuil*, dans un travail
» sur ce sujet, M. Debrou pense que la trachéotomie ne doit *pas en-*
» *trer* dans le plan de l'opération et compliquer la laryngotomie, sauf
» les cas dans lesquels il y a menace de suffocation et d'asphyxie. »

Ce que ces assertions ont d'étrange, Monsieur le président, c'est que dans l'observation que j'ai publiée en 1844, et qui est la seule encore aujourd'hui qui fasse mention d'un succès non contesté, c'est précisément au procédé que j'ai adopté qu'a été dû le salut de mon opérée (c'était une femme de 34 ans); mais j'ai *commencé* par où M. Debrou, d'accord avec M. Verneuil, a malheureusement *fini*, c'est-à-dire que faisant l'opération en deux temps, j'ai cherché d'abord à faire respirer la malade (car elle n'avait peut-être plus un quart d'heure à vivre) par la trachéotomie et le placement d'une canule, et j'ai remis au lendemain, quand le calme était rétabli, l'incision du larynx pour enlever le polype fixé au ligament inférieur de la glotte. De cette façon, j'ai pu très-commodément extirper le corps étranger, comme s'il n'avait pas appartenu aux voies respiratoires; la canule placée à demeure m'a singulièrement favorisé, car pas une goutte de sang n'a pu s'introduire dans le canal aérien lors de l'opération. M. Debrou, au contraire, après avoir pendant 45 minutes fait des efforts pour enlever la tumeur, et craignant une inflammation consécutive du larynx, incise encore, pour la prévenir, les deux premiers anneaux de la trachée, et le malade succombe le septième jour.

Je ne vois donc aucune raison, Monsieur le président, qui milite en faveur des regrets que l'honorable chirurgien orléanais exprime de s'être laissé entraîner par mon exemple, car je n'hésiterais pas un seul instant, et j'aime à croire que mes honorables confrères de la Société partageront mon avis, je n'hésiterais pas, dis-je, si l'occasion se présentait, de procéder ainsi que je l'ai fait une première fois, avec l'approbation de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine.

Veuillez agréer, etc. EHRMANN.

28 mars 1864.

M. FOLLIN. Les membres de la Société peuvent se rappeler que

j'ai opéré, il y a environ un an, un malade atteint de polype du larynx. Je fis la laryngotomie sous-hyoïdienne ; il n'y eut aucun accident, et la guérison fut très-rapide. Le malade est revenu me voir il y a une huitaine de jours, il se plaignait d'étouffements qui me faisaient craindre une récidive du polype. L'examen laryngoscopique me montra que les voies respiratoires étaient parfaitement saines. Mon opéré venait de tirer à la conscription un mauvais numéro, et il désirait obtenir de moi un certificat motivant son exemption. C'était la cause de ses étouffements.

Je n'ai eu, pendant le cours de l'opération, qu'une seule petite difficulté provenant du suintement sanguin des lèvres de la plaie cutanée, suintement qui pendant quelque temps nous empêcha de bien voir la cavité du larynx. Aussi, dans le cas où j'aurais à pratiquer de nouveau la laryngotomie sous-hyoïdienne, ferais-je l'opération en deux temps. Je commencerais par diviser toutes les parties molles jusqu'à la membrane thyro-hyoïdienne ; puis, quand au bout d'une heure ou deux l'hémorrhagie serait complétement arrêtée, j'ouvrirais le larynx, bien sûr alors d'achever l'opération à sec et sans aucune gène.

M. TRÉLAT. Bien qu'il soit délicat d'émettre un avis sur un malade que nous n'avons pas vu et sur une opération à laquelle nous n'avons pas assisté, les détails circonstanciés fournis par M. Debrou dans son travail permettent une appréciatien raisonnée.

Je ne suivrai pas notre confrère d'Orléans dans la longue discussion qu'il a instituée pour savoir si la trachéotomie est un accompagnement obligé de l'extirpation des polypes laryngiens par la voie sanglante. Sur ce point, d'ailleurs, il se prononce catégoriquement. La trachéotomie, dit-il, n'était pas nécessaire chez mon malade ; elle ajoute un grand danger à l'opération ; c'est elle qui a fait mourir mon opéré.

Mais je me suis demandé si l'opération principale ou mieux si la double opération, puisqu'il a fallu faire successivement la laryngotomie sous-hyoïdienne, puis la laryngotomie thyroïdienne, était elle-même nécessaire.

M. Debrou me semble avoir passé bien rapidement sur cette question capitale ; après avoir indiqué quelques différences au moins insuffisantes entre les polypes muqueux et les polypes fibreux, à la variété desquels appartient celui qu'il a enlevé, il dit qu'on ne pourra presque jamais opérer ces derniers par les voies naturelles, soit à cause de la largeur de leur base, soit à cause de la fermeté de leur tissu, et il demande s'il eût été possible d'opérer ainsi son malade.

Non-seulement je crois que c'était possible, mais il me semble que l'indication était formelle.

La tumeur réunissait les deux conditions que M. Verneuil et moi, chacun de notre côté, nous avons indiquées comme favorables à l'extirpation par la bouche. Elle était située au-dessus de la glotte; elle était accessible directement à la vue et aux instruments. La symptomatologie suffisait presque à établir que le polype n'occupait pas, n'avait jamais occupé l'ouverture de la glotte. Le malade ne toussait pas, n'avait pas d'accès de suffocation; c'est surtout la déglutition qui était gênée chez lui; donc la tumeur était plutôt saillante vers l'isthme du gosier que vers le larynx.

Mais puisque l'examen laryngoscopique n'apprenait rien sur l'insertion du polype, puisque celui-ci pouvait être saisi par une pince de Museux, quelle raison a empêché M. Debrou de suivre le bon conseil que M. Verneuil donnait, dans la *Gazette hebdomadaire*, à M. Thomas (de Reims), de rechercher soit avec une anse métallique ouverte, soit avec un crochet mousse, les limites inférieures de l'insertion, et de s'assurer ainsi de la possibilité qu'il y aurait à porter sur cette insertion un fil simple, un fil métallique, une chaîne d'écraseur ou tout autre moyen de section?

Si M. Debrou avait insisté sur ce genre d'explorations, je ne doute pas qu'il fût arrivé à reconnaître que la tumeur était dure, résistante, très-probablement fibreuse, par conséquent peu vasculaire, ainsi que l'événement l'a prouvé; qu'elle était facile à atteindre et à fixer solidement; que le contact prolongé des instruments sur sa base n'entraînerait pas d'accidents, puisque des tractions énergiques exercées avec la pince de Museux n'avaient amené que des mouvements de régurgitation peu énergiques,

Peut-être ces recherches ont-elles été faites par notre collègue; peut-être, à l'exemple de M. Prat et de M. Follin, n'est-il arrivé à l'idée d'une opération sanglante qu'après des essais infructueux par les voies naturelles. Cependant l'observation, qui est très-complète, ne mentionne aucune tentative de ce genre, et on peut croire, à la façon dont M. Debrou pose la question, que la réponse n'a pas été douteuse un seul instant pour lui, et qu'il a dès l'abord écarté la possibilité d'opérer par la bouche.

Et cependant, en face des conditions si favorables que je viens d'énumérer; qu'y avait-il à craindre? L'hémorrhagie, si on employait le bistouri ou les ciseaux; la résistance des tissus, si on avait recours à l'écrasement linéaire.

Cette double crainte semble légitimée par l'opération qui a été faite, puisqu'il n'a pas fallu moins de trois quarts d'heure pour sépa-

rer le polype. Je suis surpris de cette longueur de temps, et je ne puis me l'expliquer que par une lenteur volontaire de la part de l'opérateur ou parce que l'instrument était mauvais.

J'admets, quoique les faits de H. Green (de New-York), de Langenbeck, celui que j'ai communiqué l'année dernière à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie, ne déposent pas dans ce sens, qu'il fallût redouter l'hémorrhagie si on faisait une section rapide. J'admets encore que la solidité des tissus dût entraîner une longue manœuvre avec l'écraseur ; n'y avait-il donc aucun moyen de parer à ce double inconvénient? Est-ce que l'anse coupante du galvanocautère ne devait pas donner une plaie sèche et une section rapide ? Il suffisait de suivre l'exemple connu de M. Middeldorpf, qui enleva par ce procédé une *tumeur du volume d'une noix, qui semblait naître de la région sus glottique du larynx;* analogie, on pourrait dire similitude de lésions qui aurait dû conduire à la similitude de traitement.

Je termine par une dernière remarque : le volume de la tumeur paraît avoir confirmé M. Debrou dans la nécessité d'opérer par une voie artificielle. Une de ses phrases permet de le croire. Au contraire, j'estime que le volume, outre qu'il rend la tumeur apparente et saisissable, indique d'opérer par la bouche, car il est bien difficile d'ouvrir avec le bistouri une voie plus large que le conduit bucco-pharyngien, et la preuve, c'est que notre collègue reconnaissant l'insuffisance de ses premières incisions, a dû recourir de suite à un large complément opératoire. Si on se reporte aux motifs qui ont guidé les autres opérateurs, M. Ehrmann, M. Prat, M. Follin, on voit que par-dessus tout c'est l'impossibilité d'atteindre les polypes qui a dicté leur conduite.

Je regrette en somme que notre collègue n'ait pas accordé plus d'attention à une méthode opératoire, l'extirpation par les voies naturelles, qui, suivant moi, était indiquée dans le cas actuel et offrait infiniment moins de dangers que la laryngotomie.

LECTURES.

M. PÉTREQUIN, professeur à l'Ecole de médecine de Lyon, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de la même ville, donne lecture d'un travail intitulé *Vues nouvelles sur l'interprétation chirurgicale d'Hippocrate et sur la détermination des doctrines hippocratiques touchant les luxations du coude.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Bauchet, Richard et Morel-Lavallée.

— M. BOECKEL, professeur agrégé et chef des travaux anatomiques

à la Faculté de Strasbourg, communique un mémoire sur la *laryngotomie thyroïdienne et ses indications.*

Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Chassaignac, Verneuil et Trélat.

COMMUNICATIONS.

Ostéogénie périostique. — M. OLLIER. J'avais l'intention de présenter à la Société l'exposé de tous les faits relatifs aux fonctions du périoste; mais, pressé par l'heure, je me bornerai à indiquer les faits nouveaux, renvoyant aux mémoires que j'ai publiés dans le *Journal de physiologie* et dans la *Gazette hebdomadaire* en 1858, ce dernier touchant plus directement aux applications pratiques.

Le périoste ne se comporte pas de la même façon dans les os longs, larges et courts. Ses fonctions reproductrices, la rapidité de ces fonctions, ne sont pas les mêmes dans ces différents cas.

Je regarde comme démontré que toute régénération osseuse, dans le sens propre du mot, c'est-à-dire régénération d'un os analogue de forme et de volume à l'os primitif, est impossible sans conservation du périoste. Cependant, tous les tissus conjonctifs sont susceptibles d'être envahis par l'ossification; mais c'est là un fait accidentel, pathologique en quelque sorte, et toujours insuffisant à établir une véritable régénération.

Voici des pièces — ce sont les radius d'un lapin sacrifié huit mois après l'expérience — qui montrent combien les résultats sont différents suivant qu'on a enlevé ou conservé le périoste; d'un côté, il n'y a rien, de l'autre l'os est régénéré.

Le seul fait contradictoire est celui de Médici; une portion de côte de mouton s'était reproduite au bout de plusieurs années après destruction de tout le périoste correspondant. Je n'ai pu consulter le texte original, mais il est fort possible qu'il y ait eu réunion par une sorte de cal des deux extrémités réséquées sans régénération de la partie enlevée.

Quant aux faits de Charmeil, ils montrent seulement la possibilité de végétations osseuses en l'absence du périoste, mais non la reproduction des os.

Dans les discussions qui ont eu lieu au sein de la Société, on a nié la régénération des épiphyses. Voici des pièces provenant de chats et de lapins qui prouvent cette régénération. J'avais enlevé l'épiphyse inférieure du radius et une petite portion de la diaphyse en gardant l'étui périostique. La reproduction est faite, mais l'épiphyse est séparée du corps de l'os par un cartilage intermédiaire; sur d'autres animaux tués plus tardivement, ce cartilage intermédiaire a disparu;

l'ossification est complète, l'accroissement de l'os en longueur achevé.

Les différents périostes des os plats ne possèdent pas la même activité, et tandis que l'un reproduira l'os au bout d'un certain temps, l'autre en demandera le double; il faut donc envisager séparément le péricrâne, la dure-mère, le périoste palatin.

Sur ce crâne de chat j'ai déplacé un lambeau médian de périoste frontal; ce lambeau a produit une sorte de longue apophyse solide et plus épaisse que les os normaux.

Deux fois déjà j'ai eu occasion de reconnaître chez l'homme cette reproduction de l'os par le périoste frontal. Sur ces opérés, au bout de trois mois, on pouvait déprimer les parties et y enfoncer des épingles; mais au bout de dix ou quinze mois ce n'était plus possible, quelque effort que l'on fît. Je ne saurais affirmer qu'il y eût un véritable plan osseux, n'ayant pas pu m'en assurer par la dissection, puisque ces opérés sont vivants, mais c'est infiniment probable.

Le périoste palatin reproduit l'os avec une grande lenteur: il faut huit et dix mois. Dans une observation que j'ai publiée dans un des derniers fascicules du *Journal de physiologie*, on peut voir qu'après six mois la régénération était nulle; aussi ne suis-je nullement surpris que M. Sédillot n'ait pas trouvé de substance osseuse chez un chien au bout de quarante-trois jours. Ce délai est trop court.

Pour ce qui est des os courts, voici deux pièces parfaitement probantes. Vous pouvez voir sur la première un calcanéum régénéré. On a dit que le calcanéum pouvait, sous certains rapports, être assimilé aux os longs; il n'en est pas de même du cuboïde. Chez ce lapin, le cuboïde sain pesait 15 centigrammes; le cuboïde nouveau en pèse 14; c'est donc une reproduction aussi complète que possible.

La séparation du périoste a été signalée comme une difficulté; celle-ci n'existe pas dès que l'os ou le périoste sont enflammés; elle est d'ailleurs bien moins grande sur le vivant que sur le cadavre, et on peut toujours en triompher. Voici un maxillaire supérieur que j'ai enlevé pour un polype naso-pharyngien. Le périoste et l'os étaient parfaitement sains, et ce dernier est rigoureusement dépouillé de sa membrane nourricière. Ce malade a déjà, à la place de la tubérosité maxillaire, une masse dure, de forme arquée, impossible à déprimer. Si ce n'est pas de l'os, au moins cela en tient-il la place et la fonction.

Depuis que je suis chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, j'ai fait une trentaine d'opérations dans lesquelles j'ai conservé le périoste. Les résultats tantôt satisfaisants, tantôt nuls ou insuffisants, m'ont paru obéir à des influences générales que je dois indiquer.

Quand l'individu est épuisé, cachectique, que le blastème sous-périostique, dont le rôle est si important, est mal organisé, la reproduction fait défaut.

Quand le malade est jeune et vigoureux, que le périoste est sain, on obtient de bonnes reproductions. Si le périoste est épais et se détache avec facilité, la reproduction se fait bien, et l'os régénéré est quelquefois plus épais que l'os normal.

L'érysipèle, les fièvres éruptives ont sur l'ostéogénie périostique la même influence fâcheuse que sur le cal; elles la suspendent pour un temps ou l'arrêtent définitivement.

Dans peu de temps, je soumettrai à la Société des faits de régénération osseuse (clavicule, métacarpien) qui établiront que cette régénération est bien une réalité chez l'homme.

— M. AUBRY, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Rennes, communique trois observations.

Tumeur de l'orbite avec pulsations et bruit de souffle. — Dilatation de la veine ophthalmique.

Le 10 mars 1853, entrait à l'Hôtel-Dieu de Rennes la nommée Jeanne L..., âgée de trente-deux ans. Cette fille, douée d'une intelligence très-bornée, habite la campagne. Elle n'a pas souvenance d'avoir été frappée à la tête, et la lésion qu'elle présente se serait développée, sans cause connue, à la suite d'une fièvre typhoïde qu'elle a eue quatre ans avant son entrée à l'hôpital.

Etat actuel. — Face congestionnée, bouffie, exprimant une sorte de stupeur.

Le globe de l'œil du côté droit est atteint d'exophthalmie, mais il a conservé ses fonctions.

A la partie interne de la paupière supérieure se voit une tumeur grosse comme une noisette, offrant en largeur 20 millimètres et en hauteur 17 millimètres; elle est sous-cutanée et sans changement de couleur à la peau. Plus en dedans, dans la rainure qui sépare le nez des paupières, existe une autre tumeur divisée en deux portions par le tendon de l'orbiculaire. Le lobe supérieur a 13 millimètres dans le sens vertical sur 5 millimètres de largeur. Le lobe inférieur est situé au-devant du sac lacrymal, et simule une tumeur lacrymale. Ces tumeurs sont molles, fluctuantes, disparaissent sous la moindre pression et reparaissent immédiatement après.

En appliquant sur ces tumeurs très-légèrement et très-superficiellement la pulpe des doigts, on y *sent des pulsations isochrones aux battements artériels, et un frémissement, un frôlement très-manifestes.*

L'oreille appliquée sur la région palpébrale perçoit un bruit de

souffle très-distinct, intermittent, isochrone à la systole ventriculaire ; ce souffle est doux, prolongé, et il serait peut-être plus exact de le décrire comme un souffle continu renforcé au moment de la contraction du cœur (cette appréciation ne s'est présentée à mon esprit qu'après l'autopsie).

Ces phénomènes, savoir, les battements reconnus par le toucher et le souffle, furent constatés par le chef de service, M. Guyot, M. Pinault et plusieurs confrères qui comme moi suivaient la visite.

La nature de la lésion parut à tous les observateurs être très-évidente. Nous admîmes une tumeur anévrysmale siégeant dans l'orbite, et développée dans l'artère ophthalmique.

La malade est sujette à des étourdissements, des vertiges.

Le 17 mars, après deux jours de malaise, elle succombe presque subitement.

Autopsie. — Tous les organes sont sains, excepté l'encéphale et la boîte crânienne. Toute la portion des deux hémisphères qui est logée dans les fosses latérales moyennes de la base du crâne, est le siége d'un ramollissement très-notable. Les parois du crâne sont beaucoup moins épaisses que dans l'état normal ; sillons vasculaires profonds, larges ; grande vascularité des parois crâniennes. Le crâne est le siége d'une altération de forme singulière ; dans toute la partie située en arrière des bords postérieurs des petites ailes du sphénoïde, il offre une synéchie ordinaire ; mais au-devant de la ligne indiquée, il est le siége d'une différence très-sensible entre la partie droite et la partie gauche ; il semble que l'os frontal a subi un mouvement de bascule par suite duquel la partie gauche s'est portée en avant, tandis que la droite s'est portée en arrière.

La partie véritablement intéressante de l'autopsie consistait dans l'examen de la tumeur de l'orbite. J'ai poussé une injection solidifiable dans la carotide primitive droite, afin de distinguer plus nettement la branche de l'artère ophthalmique qui était le siége de l'anévrysme ; l'injection ayant réussi, je pus disséquer les rameaux les plus ténus de ce vaisseau, et je constatai qu'il n'y avait pas la moindre lésion artérielle. La tumeur était constituée non par un anévrysme, mais par la dilatation et l'amincissement de la veine ophthalmique. Je préparai cette veine avec une attention minutieuse, je la suivis dans ses contours dans l'orbite, et je vis distinctement que les bosselures observées à la paupière supérieure étaient constituées par cette veine.

Elle offre le volume du petit doigt ; ses parois sont tellement minces qu'on pourrait les comparer à une séreuse ouverte en arrière dans le sinus caverneux, qui est lui-même trois fois plus large que

celui du côté gauche. Elle parcourt l'orbite du sommet à sa base en décrivant des flexuosités ; au niveau de l'échancrure sus-orbitaire, elle reçoit la veine de ce nom, qui présente elle-même en ce point une dilatation notable.

La veine nasale et la veine faciale sont aussi dilatées et amincies dans leurs points rapprochés de l'angle interne de l'œil.

Le sinus caverneux du même côté est largement dilaté, il communique librement avec la veine ophthalmique variqueuse ; mais il se termine en arrière par un cul-de-sac, au lieu de communiquer avec le sinus pétreux inférieur, du moins ne me fut-il pas possible de trouver de communication entre ces deux sinus.

En présence du résultat fourni par l'autopsie, quelle pouvait être l'explication des battements isochrones à la systole observés dans la tumeur ? Nous en voyons deux différentes :

1° Les pulsations étaient dues aux battements de la carotide interne dans le sinus caverneux dilaté, et à la transmission de ces battements au sang contenu dans la veine ; M. le professeur Bérard aîné se trouvant de passage à Rennes, et ayant bien voulu examiner la pièce, penchait pour cette explication.

2° Par suite du développement vasculaire des parois crâniennes, les capillaires, plus dilatées, établissaient entre les artères et les veines une communication si libre, que l'action du cœur sur le sang veineux se faisait sentir plus librement qu'à l'ordinaire.

Ce qui me porterait à accepter de préférence cette théorie, c'est que sur le cadavre, avant de pousser mon injection solidifiable, ayant adapté aux deux carotides primitives les tubes d'une seringue à injection et y ayant à plusieurs reprises lancé de l'eau, je vis, à chaque coup de piston (soit que l'injection fût faite par la carotide droite ou par la gauche), je vis la tumeur se *gonfler*, se *remplir*, et je pus ainsi reproduire et les pulsations et le bruit de souffle qu'on avait notés pendant la vie ; il était évident que le battement, la distension, le souffle qui accompagnaient la projection de l'eau par la seringue étaient dus à l'arrivée du fluide dans la veine, absolument comme pendant la vie les mêmes phénomènes dépendaient de l'entrée du sang lancé avec force par le cœur à travers les capillaires.

Corps étranger (morceau de bois) de la vessie. Extraction ; guérison.

Le 3 février 1864, je reçus dans mon service une fille de vingt-deux ans, venue de la campagne pour se faire traiter (d'après le cer-

tificat du médecin qui me l'adressait) pour une incontinence d'urine datant de plusieurs années.

Les renseignements que me fournit la malade étaient fort peu précis ; les réponses lentes, obscures, rendirent l'interrogatoire laborieux ; il en résultait qu'à la suite d'une fièvre typhoïde elle avait été prise, trois ans avant son entrée, d'une rétention d'urine qui avait nécessité le cathétérisme, que depuis ce temps elle avait toujours éprouvé de la gêne à rendre ses urines, qu'elle sentait des besoins continuels, que la miction était douloureuse, et que de temps à autre elle rendait du sang par l'urèthre ; enfin, elle ajoute que trois semaines avant son entrée à l'hôpital, étant montée dans un arbre pour cueillir du lierre, elle était tombée les cuisses écartées sur une branche, un piquet que des enfants avaient enfoncé en terre sous l'arbre, qu'il en était résulté une blessure aux parties génitales et un écoulement de sang considérable.

Ces renseignements étaient assez bizarres, et je n'y vis qu'une chose, c'est que cette fille offrait les symptômes rationnels de la pierre. Je me hâtai donc d'introduire dans la vessie une sonde d'argent, et je trouvai en effet au col un corps dur, mobile, que je pris pour un calcul.

L'examen du vagin fut fait avec soin, et je m'assurai qu'il n'existait pas de fistule vésico-vaginale, pas de trace de plaie; l'incontinence d'urine me parut être due à ce que le calcul siégeait habituellement au col.

Les jours suivants, on sonde la malade deux fois par jour, et l'on rencontre chaque fois le corps étranger vers le col.

Le 8, dans le but de mesurer le calcul, j'introduis dans la vessie un lithoclaste à mors plats, à l'aide duquel je le saisis facilement. L'écartement des branches est de 15 millimètres.

Le 10, je cherche inutilement le calcul; je promène les mors du lithoclaste dans toutes les parties déclives de la vessie, et après des tentatives qui ne durent pas moins de six à huit minutes, je retire l'instrument sans avoir rien trouvé.

Le 11, nouvelles recherches, suivies du même insuccès. Quelques accidents inflammatoires forcent à suspendre les manœuvres jusqu'au 19.

Ce jour-là, en introduisant une sonde dans l'urèthre, on rencontre ce qu'on croit être un calcul, à 3 centimètres du méat, et on le repousse dans la vessie. Je cherche alors à le saisir dans ce réservoir avec le lithoclaste; je ne suis pas plus heureux que le 10 et le 11.

Le 21, au moment où j'écartais les petites lèvres pour introduire une sonde dans la vessie, j'aperçois au méat urinaire une tache brune,

et en regardant plus attentivement, je constate que cette tache est due à ce que l'orifice du méat est distendu par un corps étranger. Saisissant alors les pinces à pansement, je porte un doigt de la main gauche dans le vagin pour empêcher le recul du prétendu calcul, et je parviens à serrer exactement ce qui se présente au méat avec les pinces, et j'amène à l'extérieur, non un calcul, mais un morceau de bois long de 65 millimètres, épais de 11, irrégulièrement arrondi. L'une de ses extrémités est assez nettement taillée, l'autre, plus rugueuse, semble avoir été produite par rupture. La surface du fragment de bois est recouverte dans les trois quarts de son étendue d'une très-légère couche de concrétions urineuses.

A partir de ce moment, l'incontinence disparaît; il n'y a plus de douleur pendant la miction, et bientôt les urines reprennent leur limpidité. Plusieurs jours après, on s'assure par un cathétérisme minutieux que la vessie ne renferme plus aucun corps étranger.

— Les renseignements fournis par la malade sont difficiles à concilier avec le résultat que nous venons de faire connaître. Et d'abord, il est évident que cette prétendue incontinence, qui datait de trois ans, était imaginaire, puisqu'elle a cessé avec l'extraction du corps étranger, ainsi que les autres troubles de la miction.

Tout porte à croire que le fragment de bois n'était dans la vessie que depuis peu de temps, autrement il eût été recouvert d'une couche de sels plus épaisse. Mais y avait-il pénétré par le mécanisme indiqué par la malade? Il est permis d'en douter.

Je ne terminerai pas cette note sans faire une remarque pratique relative aux deux recherches que j'ai faites sans pouvoir saisir le corps étranger. Croyant avoir affaire à un calcul, je le cherchai dans les parties déclives, tandis qu'il eût fallu chercher à la partie supérieure de la vessie ce corps, qui s'y maintenait en vertu de sa légèreté spécifique.

Fracture du crâne. — Trépan. Corps étranger du cerveau sorti spontanément. — Guérison.

En 1845, une jeune femme, demeurant dans un village situé à 16 kilomètres de Rennes, vint à pied de chez elle à l'Hôtel-Dieu de cette ville, pour y consulter le chirurgien en chef, M. Guyot, à propos d'une blessure qu'elle portait à la tempe gauche. Elle raconte que la veille elle avait fait une chute dans laquelle la tempe gauche avait porté sur l'angle d'une planche.

Le médecin du pays avait reconnu une plaie contuse, et il adressait sa cliente à l'hôpital de Rennes, parce qu'il avait cru reconnaître

qu'un fragment de bois, fixé au fond de la plaie, nécessitait des soins particuliers.

On ne crut pas à l'existence de cette complication, et la malade retourna le même jour dans son village, de sorte qu'elle fit à pied environ 32 kilomètres.

Six ou huit jours plus tard, on m'appelait pour donner mes soins à cette femme, et je la trouvai dans l'état suivant :

Depuis trois jours elle a été prise de malaise, de perte d'appétit ; il y a eu des vomissements, la fièvre est survenue, et elle est maintenant dans un état fort grave.

A la tempe gauche existe une plaie de 1 centimètre ou 2 en voie de suppuration. Un stylet engagé au fond de cette plaie rencontre du tissu osseux à nu et une dépression considérable (fracture avec enfoncement) ; pas de mobilité. J'étais bien persuadé à ce moment-là que cette fracture avec enfoncement avait été prise pour un corps étranger, et que le médecin appelé en premier lieu avait, à tort, cru reconnaître un morceau de bois.

La malade présentait, en outre, des symptômes généraux des plus graves : perte absolue de connaissance ; somnolence ; réponses nulles ; quelques plaintes mal articulées ; peu de déviation des traits ; pas d'hémiplégie, mais bien une résolution générale des membres. Ces symptômes n'étaient apparus que quatre jours après l'accident et quatre jours après que la malade eut fait à pied le trajet de 32 kilomètres.

Constatant qu'une portion de l'enveloppe osseuse du crâne était déprimée à plus de 1 centimètre de profondeur, je crus devoir remédier à cet état de choses. L'opération du trépan fut proposée et pratiquée séance tenante.

1° Incision cruciale de la petite plaie ; 2° dissection des lambeaux et mise à nu de la fracture.

On peut alors distinguer qu'une pièce osseuse, à peu près de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, est déprimée vers le cerveau, tout en restant très-solidement fixée au reste de la boîte crânienne par une de ses extrémités.

Une couronne de trépan un peu plus petite que cette pièce y est appliquée *directement* et sert à la détacher. La pièce osseuse reste dans la couronne, et quand on la retire, le fond de la plaie présente dans la perte de substance une certaine quantité de matière cérébrale.

Je m'empresse d'appliquer sur la plaie les pièces ordinaires d'un pansement simple ; et après avoir constaté que les symptômes persis-

tent, je quitte mon opérée bien convaincu que la terminaison sera fatale.

Trois semaines après, à ma grande surprise, M. Fily, le médecin du pays, m'apprend qu'un fragment de bois est sorti spontanément par l'ouverture que j'ai faite aux parois du crâne, et (cela quinze jours après l'opération) qu'à partir de ce moment la convalescence a marché à grands pas. Le fragment de bois, qui sans doute était masqué par de la substance cérébrale, est quadrilatère. Il offre 1 centimètre sur chaque bord ; son épaisseur est de 5 à 8 millimètres.

Aujourd'hui, l'opérée est encore vivante ; elle a recouvré ses facultés, mais depuis l'opération elle est sujette à des accès épileptiformes qui reviennent tous les mois.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. MARJOLIN montre un enfant qui a dû subir l'amputation immédiate pour un arrachement du bras. La guérison est presque achevée. M. Marjolin remettra l'observation complète.

— A cinq heures et demie, la Société entre en comité secret.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

Séance du 6 *avril* 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Montpellier médical*. — Le *Bulletin général de thérapeutique*. — Les *Archives générales de médecine*. — Le *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*.

— M. le docteur Pize (de Montélimart), candidat au titre de membre correspondant, fait hommage à la Société de sa thèse inaugurale : *Considérations sur les anomalies cardiaques et vasculaires qui peuvent causer la cyanose*.

— M. Dauvé, médecin-major du 3e régiment de hussards à Blidah (Algérie), candidat au titre de membre correspondant, adresse à la Société un travail intitulé : *Blessure par coup de sabre des artères hu-*

mérale, radiale et cubitale au point même de la bifurcation de l'humérale. — Insuccès de la ligature par la méthode d'Anel, procédé de Hunter. — Amputation du bras. (Commissaires, MM. Verneuil, Désormaux et Béraud.)

— M. Morel-Lavallée dépose sur le bureau de la Société, au nom de l'auteur, M. Pétrequin (de Lyon), un volume de *Mélanges de chirurgie.*

— M. MARJOLIN remet, à l'occasion du procès-verbal, l'observation du malade qu'il a présenté dans la dernière séance.

Plaie pénétrante de poitrine, réunion immédiate de la plaie, pansement par occlusion : fracture comminutive des deux os de l'avant-bras et de l'humérus du côté gauche, avec écrasement des muscles, amputation immédiate. Guérison rapide.

(Observation recueillie par M. MEURIO, interne des hôpitaux).

Dans la matinée du 5 février, on amenait à l'hôpital Sainte-Eugénie le nommé D... (Auguste), âgé de douze ans, très-gravement blessé.

Trois heures auparavant, ce garçon, qui est grand pour son âge et d'une très-bonne constitution, en voulant replacer sur l'arbre de mouvement d'une mécanique une courroie détachée, fut saisi et entraîné par la courroie enroulée autour de son bras gauche, et, ainsi suspendu, il fit cinq ou six tours de roue. Pendant ces quelques secondes seulement, l'enfant perdit connaissance; les témoins de l'accident constatèrent qu'il s'écoulait d'abord une assez grande quantité de sang par les plaies du bras, et que cette hémorrhagie s'arrêta bientôt; en même temps ils remarquèrent qu'à chaque mouvement respiratoire il se produisait du côté gauche de la poitrine une sorte de sifflement très-bruyant.

Au moment de l'admission du blessé, ce bruit était encore très-marqué, et les personnes placées à quelque distance du lit pouvaient parfaitement le percevoir. L'état du malade étant des plus graves, M. Marjolin examina de suite quelle était la nature de la plaie de poitrine, et si elle ne serait pas une contre-indication à l'amputation du bras.

Au niveau des dixième et onzième côtes du côté gauche, un peu en dehors d'une ligne verticale abaissée du mamelon, existait une plaie contuse de forme triangulaire, assez large pour permettre facilement l'introduction de trois doigts dans la cavité de la plèvre.

Aucune hernie du poumon, aucune fracture de côtes n'existant,

M. Marjolin ayant affronté autant que possible les lèvres de la plaie, la ferma avec deux larges morceaux de diachylon, et l'occlusion fut assez heureusement faite pour qu'à partir de ce moment toute communication de la cavité thoracique fût interrompue avec le dehors, aussi, à dater de cet instant, tout bruit de souffle cessa. Un pansement simple fut maintenu avec un bandage de corps, et la respiration sembla se faire comme avant l'accident.

Nous noterons que le malade n'avait pas craché de sang et qu'au pourtour de la plaie il n'existait pas la moindre trace d'emphysème.

Outre cette plaie, le blessé présentait encore des lésions fort graves ; le bras et l'avant-bras gauches ne formaient plus que des lambeaux informes, tous les os étaient fracturés, et les extrémités des fragments faisaient hernie à travers les plaies; l'artère radiale ne battait plus, on ne retrouvait de battements qu'au niveau de la naissance de l'humérale.

Quel parti prendre en pareil cas? Bien que le malade eût encore la connaissance, il était dans un état de prostration des plus marqués; à chaque instant il fallait le ranimer avec du vin, et l'exciter pour le tirer de son assoupissement; le visage était pâle, les pupilles dilatées, le pouls lent, très-faible. En présence de semblables complications, bien que l'amputation du bras ne présentât pas beaucoup de chances de succès, M. Marjolin, prenant en considération l'âge et la bonne constitution du blessé, n'hésita pas à y recourir de suite. Elle fut pratiquée au niveau de l'insertion du deltoïde.

L'opération fut seulement une régularisation de la plaie; dans plusieurs points les muscles étaient très-meurtris et le bras n'adhérait plus que par quelques lambeaux de peau. La section de l'os fut faite à 8 centimètres au-dessus de la fracture, mais comme le périoste était décollé bien au delà, il fallait réséquer encore 1 centimètre de l'humérus. Le malade ne perdit que très-peu de sang; les lèvres de la plaie furent rapprochées doucement avec des bandelettes de diachylon fénêtrées.

Pendant la journée, on tint le malade éveillé, et de temps à autre on lui fit prendre du bouillon, du vin, et même un peu de potage. Le soir, l'état général était très-bon, la réaction modérée, le pouls, qui donnait 110, avait repris un peu de force; la respiration semblait normale, en ce sens que l'oreille, appliquée sur la partie antérieure du côté gauche du thorax, fait reconnaître que la respiration s'effectue de ce côté d'une manière aussi naturelle qu'à droite.

L'état de faiblesse du malade ne permit pas de pousser plus loin les recherches. La nuit fut très-calme, et le lendemain, à la visite, le malade semblait remis de toutes les émotions par le sommeil. Pas la

moindre toux, pas de douleur de côté, pas d'expectoration sanguine. L'appareil du bras ne fut changé que le surlendemain. La plaie était très-belle.

Quant à l'appareil placé sur la plaie de poitrine, craignant de voir l'air pénétrer de nouveau dans la poitrine, aucune indication de le relever n'existait, M. Marjolin ne le leva que le huitième jour. A ce moment, les bords de la plaie avaient contracté des adhérences solides et étaient recouverts de bourgeons charnus de bonne nature. La forme de la plaie était triangulaire comme la piqûre d'une sangsue : dans son plus grand diamètre, le transversal, elle avait 5 centimètres, et 4 dans le vertical.

Comme état général, le blessé était dans les meilleures conditions : peu inquiet de l'avenir, malgré son intelligence, il se trouvait très-heureux de voir la guérison avancer, et les progrès furent si rapides qu'en moins de quatre semaines tout était entièrement cicatrisé.

Maintenant, s'il nous est permis d'ajouter quelques réflexions, nous dirons :

1° Au point de vue du pronostic, les amputations pratiquées chez les enfants pour des lésions traumatiques très-graves présentent bien plus de chances de succès que chez les adultes ; il serait facile d'en avoir la preuve en comparant les relevés faits dans nos hôpitaux.

2° Bien que l'amputation ait été faite dans un point contigu à la lésion des parties molles, non-seulement il n'y a pas eu de sphacèle, mais le périoste, qui était décollé dans plus de 1 centimètre d'étendue, s'est recollé très-rapidement, et il n'y a pas eu de nécrose. Ne pourrait-on pas trouver l'explication de ces derniers faits dans la cause même de l'accident? En effet, le bras ne fut pas meurtri, comme cela a lieu dans les plaies par écrasement, mais il y eut plusieurs arrachements.

3° Enfin, malgré la violence de l'action qui a déterminé des fractures multiples, il n'y a eu aucune luxation ni arrachement d'épiphyses. Ce dernier genre d'accidents est, du reste, tellement rare que depuis dix ans je ne crois pas l'avoir encore rencontré sur plusieurs centaines de fractures.

Corps étrangers de la vessie. — M. MARJOLIN. Le fait que M. Aubry nous a communiqué me rappelle quelques observations qui se sont présentées à moi.

Dernièrement, j'ai extrait du vagin d'une petite fille une double épingle à cheveux qui, disait-on, était engagée dans la vessie depuis deux ans. Si ce corps étranger eût séjourné tout ce temps dans l'épaisseur des organes, il eût été couvert de concrétions calcaires et de

rouille. Son état d'intégrité prouvait que son introduction était de date récente.

Il y a quelques années, je fus consulté à l'hôpital Bon-Secours par une femme qui avait une hémorrhagie considérable de la vessie et éprouvait des douleurs atroces. Son mari lui avait, disait-elle, introduit un crayon dans la vessie. Après avoir enlevé le sang et les caillots par une injection, je fus assez heureux pour pouvoir dilater l'urèthre et introduire une pince jusque dans le réservoir urinaire. Les deux branches du crayon s'étaient séparées par leur long séjour (un mois) dans la vessie, et étaient croisées l'une sur l'autre. Je pus les extraire successivement et mettre ainsi un terme à tous les accidents.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la communication suivante de M. Bourguet (d'Aix) : *De la pronation douloureuse de l'avant-bras chez les jeunes enfants.*

RAPPORT.

M. GUYON lit un rapport sur le travail de M. Panas, intitulé *Compression par tumeur de la portion cervicale du grand sympathique, et sur les signes qui caractérisent cette compression.*

Le rapport conclut à l'inscription de M. Panas sur la liste des candidats au titre de membre titulaire, au renvoi de son travail au comité de publication. Ces conclusions sont votées.

M. VERNEUIL. Je viens apporter un nouveau fait à l'appui des recherches de M. Panas. Il s'agit d'un malade dont j'ai plusieurs fois entretenu la Société, celui auquel j'ai pratiqué la ligature préalable de la carotide primitive pour enlever une volumineuse tumeur de la région parotidienne. En l'examinant de nouveau il y a quelque temps, j'ai pu reconnaître chez lui les phénomènes qu'on attribue à la lésion du cordon limitrophe du grand sympathique : chaleur avec congestion vasculaire à la tempe et aux gencives, sueurs localisées dans la même région et sur la moitié correspondante de la face, contraction permanente de la pupille. Ai-je blessé le grand sympathique pendant la ligature ou en faisant la dissection délicate de la tumeur, je ne saurais le dire ; toujours est-il que les phénomènes indiqués semblent bien se rapporter à la lésion du nerf.

COMMUNICATION.

Ostéomyélite. — M. CHASSAIGNAC. J'avais autrefois communiqué à la Société un travail sur l'ostéomyélite, et je m'étais surtout occupé de la maladie à l'état aigu. Depuis cette époque, j'ai recueilli quelques faits nouveaux que je désire présenter à la Société.

Lorsque l'ostéomyélite est aiguë et rapide, on n'observe aucune

production osseuse nouvelle; mais il n'en est plus de même si l'affection est lente et limitée dans son étendue. Alors on voit naître des lames osseuses sous le périoste; un bouchon éburné se forme dans le canal médullaire à chaque extrémité de la portion enflammée; la substance osseuse devient le siége d'une hyperostose interstitielle; le pus emprisonné peut alors se faire jour par un orifice creusé à travers la paroi osseuse. Sur ce fémur, il y avait un petit séquestre au niveau de la fistule osseuse.

J'ai rencontré une autre variété dont j'ai pu suivre toutes les phases, ayant eu le malade longtemps dans mon service. Ici, il y a eu une ostéomyélite plastique non purulente; puis, sous l'influence de nouvelles causes d'irritation, du pus s'est formé et s'est fait jour à l'extérieur par une perforation survenue seulement une vingtaine de jours avant la mort, et traversant à la fois l'os ancien et les productions nouvelles. Je ne saurais expliquer autrement ce qu'on observe sur cette pièce.

M. BROCA. Les faits que nous communique M. Chassaignac me paraissent différer notablement de ce à quoi on donne généralement le nom d'ostéomyélite. Celle-ci est une affection diffuse qui se termine soit par la mortification plus ou moins étendue de l'os, et alors c'est à la nécrose qu'on a affaire, soit par la formation d'un foyer purulent circonscrit, d'un abcès des os.

Jusqu'ici ces abcès ont été trouvés à l'union des diaphyses avec les épiphyses, au fémur, au tibia, à l'humérus. Une fois sir Benj. Brodie crut trouver les signes d'un abcès de l'os sur la diaphyse d'un humérus; il trépana, et ne trouva pas de pus. Est-ce à dire que la moelle des diaphyses ne puisse suppurer? Nullement; mais la substance osseuse des diaphyses, moins vasculaire, se mortifie, tandis qu'elle peut résister davantage au niveau des épiphyses, et alors on n'observe qu'un abcès sans nécrose.

Le fémur que nous a montré M. Chassaignac me paraît atteint de nécrose, parce qu'un abcès de la diaphyse du fémur serait une chose bien exceptionnelle, parce qu'il existe un cloaque, parce qu'enfin M. Chassaignac a constaté lui-même qu'il y avait un séquestre.

Quant à la seconde variété que nous a présentée notre collègue, j'y vois les caractères de la suppuration de la moelle; il y a eu un abcès de l'os, dont le pus s'est fait jour à l'extérieur, fait très-exceptionnel, car deux fois seulement, dans les cas de Benz et de M. Azam, il a été noté, tandis que dans toutes les autres observations, au nombre de dix-huit, le pus est resté emprisonné pendant douze, quinze, vingt-cinq ans dans la profondeur des productions osseuses nouvelles. Je pense donc, contrairement à notre collègue, que dans ce dernier cas

le fait primitif a été l'inflammation et la suppuration de la moelle, et que les productions plastiques sont postérieures.

M. CHASSAIGNAC. Je ne conçois pas qu'on puisse se refuser à considérer comme une ostéomyélite circonscrite cette pièce où on trouve un foyer de suppuration dans le canal médullaire et des productions osseuses lui assignant une limite des plus marquées. Bien qu'on trouve ici quelques caractères différents de ceux qui appartiennent aux abcès des os, je ne puis séparer cette lésion de celles qu'on observe dans l'ostéomyélite.

Quant à la seconde pièce, si je me reporte aux symptômes présentés par le malade, chute sur le fémur, amélioration, excès de marche et de travail, retour des douleurs, je me crois autorisé à conclure que les phénomènes pathologiques ont dû suivre l'ordre que j'ai indiqué.

M. BROCA. J'accorde à M. Chassaignac qu'il peut y avoir plusieurs espèces de nécrose, comme il peut y avoir plusieurs espèces de gangrène; mais de ce que la cause et le mode varient, il ne s'ensuit pas que le résultat soit différent.

Pour la seconde variété, le point de départ est bien dans l'inflammation de la moelle, personne ne le conteste; mais la conséquence, c'est l'abcès des os bien connu et bien décrit sous ce nom.

En résumé, ce qui est nouveau dans les faits présentés par M. Chassaignac, c'est bien plus le titre qu'il leur donne que la chose en elle-même.

PRÉSENTATION DE PIÈCE ET D'INSTRUMENTS.

M. RICHET présente un polype fibreux de l'utérus qu'il a enlevé dans les circonstances que voici : Une dame de quarante-huit ans éprouvait depuis un an des pertes sanguines reparaissant assez souvent. Elle était pâle, anémiée. Un médecin, qui l'avait examinée, avait diagnostiqué un cancer de l'utérus et porté un pronostic fâcheux. M. Richet procéda à une nouvelle exploration, et reconnut une tumeur molle, mais dont il parvint à circonscrire la périphérie ; c'était donc une tumeur pédiculée régulière, un corps fibreux.

La malade était très-affaiblie par les hémorrhagies, il était essentiel d'opérer sans s'exposer à une nouvelle perte de sang ; d'autre part, le col était peu dilaté, et on ne pouvait temporiser ni débrider pour obtenir une plus complète dilatation.

M. Richet fit fabriquer deux pinces analogues à de très-forts ciseaux, dont les mors mousses, munis de dentelures fines, peuvent être pressés l'un contre l'autre, et, grâce à la laxité de l'articulation, être animés d'un mouvement de latéralité, une sorte de mâchonne-

ment, de manière à écraser en mâchant. L'une des pinces était courbée sur le bord, l'autre fortement courbée sur le plat pour pouvoir atteindre le fond de l'utérus.

La première pince fut seule nécessaire ; guidée sur l'indicateur de la main gauche, elle put être placée sur le pédicule du polype, qui fut coupé très-aisément sans la plus légère hémorrhagie.

Jusqu'ici la malade va bien, et quoique les traces de l'anémie persistent encore, tout porte à croire que cette opération aura la plus heureuse issue.

Le corps fibreux a environ 4 centimètres dans chaque sens.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, U. TRÉLAT.

Séance du 13 avril 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — Le *Compte rendu* des séances de la conférence internationale réunie à Genève pour étudier les moyens de pourvoir à l'insuffisance du service sanitaire dans les armées en campagne. — Les *Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon*. — Une brochure de M. le docteur L. Martin, intitulée : *De l'opération de la cataracte*, etc.

— M. BROCA présente :

1° Au nom de M. le docteur Gaillard, de Saint-Julien-le-Petit (Haute-Vienne), une note manuscrite *sur un procédé propre à provoquer l'adhésion de la paroi d'un kyste du foie ou de l'ovaire avec celle de l'abdomen*, etc. (Commissaire, M. Giraldès.)

2° Au nom de M. Gayet, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui se porte candidat au titre de membre correspondant, une observation intitulée ; *Myéloïde multiple du tibia ayant son point de départ dans la moelle : propagation de la maladie à travers les veines*. (Commissaires, MM. Broca, Verneuil et Dolbeau.)

— M. LEGOUEST, au nom de M. Prud'homme, médecin en chef de

l'hôpital militaire de Belfort, présente l'observation suivante et les pièces pathologiques qui s'y rapportent.

Fracture cunéiforme en double V des deux os de la jambe, arthrite tibio-tarsienne, gangrène, amputation.

Pierre B..., Savoyard, constitution athlétique, âgé de vingt-quatre ans, dragon au 4e régiment, au corps depuis deux ans, est apporté le 31 mars 1863, à trois heures du soir, sur une voiture à l'hôpital de Belfort. On l'a trouvé à environ deux lieues de la ville couché par terre, ivre et venant de tomber d'une tertre assez élevé ; dans sa chute, il s'est fracturé la jambe gauche. Tel est le récit de la personne qui a bien voulu amener le malade à notre hôpital.

Je constate une fracture complète de la jambe gauche au tiers inférieur. La fracture du tibia est très-oblique. Il y a en plus de nombreuses contusions à la face, sur le pied et à la crête du tibia. Le membre est énormément tuméfié. Je mets un appareil à fracture ordinaire, avec la précaution de ne point serrer les lacs, faisant observer aux assistants combien l'état du malade, les diverses contusions et la tuméfaction donnent de gravité au pronostic.

Le 3 avril, à trois heures, en examinant l'appareil, je suis frappé de la teinte pâle, du refroidissement des orteils, qui paraissent diminués de volume. On dirait qu'il y a là la syncope locale décrite par M. Raynaud dans sa thèse sur la gangrène. Je défais immédiatement l'appareil. Le membre est très-tuméfié, il y a des phlyctènes au lieu de la fracture, à la face externe inférieure de la jambe, sur le pied et à la base des quatrième et cinquième orteils. Des frictions d'alcool camphré rétablissent la circulation dans les trois premiers orteils, qui ont repris le lendemain leur coloration et leur chaleur normales. J'enveloppe le pied et la jambe de ouate.

Le 5, la plaie contuse de la crête du tibia s'est aussi couverte de phlyctènes. La gangrène est établie dans la moitié externe du pied et la partie inférieure de la jambe ; l'articulation tibio-tarsienne est très-douloureuse.

Après avoir essayé de conserver le membre jusqu'au 18 avril, nous décidons avec mon confrère le docteur Fauchon que l'amputation est la seule chance de salut du malade. Nous la pratiquons le même jour au lieu d'élection. Rien de particulier à signaler dans l'opération.

Examen du membre. — Tissu cellulaire de la face interne infiltré de pus à la hauteur de la fracture tibiale. Vastes plaques gangréneuses en avant et en arrière du bas de la jambe, ne dépassant pas le tissu cellulaire sous-cutané. Le tibia est fracturé en V double. La pointe du V inférieur est à 5 centimètres au-dessus du bord postérieur de la

malléole interne ; l'extrémité du V supérieur est à 13 centimètres du bord externe. Les deux sommets des V siégent sur les bords interne et externe et sont réunis par un trait spiroïde antérieur ; le trait postérieur est rectiligne. Le sommet du V inférieur présente uno esquille quadrilatère et losangique de 3 centimètres dans son plus grand diamètre. De ce même angle inférieur part une fêlure, qui continue la spire ci-dessus mentionnée et va pénétrer dans l'articulation tibio-tarsienne, où elle se continue à angle droit jusqu'au milieu du bord articulaire postérieur.

La fracture du péroné, aussi en V double, siége à 10 centimètres p'us haut que celle du tibia. Seulement sur le péroné les deux V sont concentriques, tandis que sur le tibia ils sont opposés base à base. Des deux angles des V péroniens part une fracture rectiligne qui retrace leurs bissectrices. Les fragments du tibia sont dénudés, chevauchent l'un sur l'autre et baignent dans un magma putrilagineux. L'articulation tibio-tarsienne est remplie d'un sang brunâtre et n'aurait pas tardé à suppurer. La dissection des troncs artériels nous fait constater l'intégrité absolue des tibiales antérieure , postérieure et péronière, qui ne contiennent aucun caillot. Enfin, le pus qui entourait les fragments tibiaux présente des gouttelettes huileuses.

Après quelques alternatives de bièn et de mal, un embarras gastro-intestinal, la plaie de l'amputation marcha lentement vers la guérison, et l'opéré sortit guéri de l'hôpital le 5 juin 1863.

La gangrène par striction étant mise hors de cause, pour diverses raisons, par nos précautions d'abord, par la gangrène longitudinale des téguments du pied, qui a respecté la moitié interne, par l'aspect des orteils au quatrième jour, restait à expliquer sa production. La gangrène par embolie n'a pu exister, les artères du membre étant vides et intactes. Nous pensions qu'elle devait être attribuée à l'énorme contusion des tissus produits par la chute, et, faute de mieux, nous nous contentions de cette explication, lorsque le compte rendu du travail présenté à l'Académie de médecine par M. le docteur Béranger-Féraud est venu à notre connaissance.

Si les assertions de notre confrère, basées sur l'examen des fractures cunéiformes du musée du Val-de-Grâce, sont acceptées, à savoir : « Que les accidents qui suivent les fractures en V ont pour cause l'arthrite traumatique ; » il nous semble que notre observation, avec les pièces anatomiques qui y sont jointes, vient d'une manière toute particulière confirmer les données de son travail.

M. Legouest fait observer en remettant cette observation et en faisant voir les pièces pathologiques, que si le fait milite en faveur de l'opinion de M. Béranger-Féraud, il existe cependant des fractures

en V qui ne communiquent pas avec les articulations, et déterminent néanmoins les graves accidents sur lesquels M. Gosselin a attiré l'attention des chirurgiens, comme il existe des arthrites traumatiques consécutives à des fractures qui se terminent par la guérison.

Sans vouloir discuter le travail de M. Béranger-Féraud, qui n'a pas été communiqué à la Société de chirurgie, mais à l'Académie de médecine, il fait cependant remarquer que la pièce du musée du Val-de-Grâce que M. Béranger a citée à l'appui de son opinion, est loin d'être probante : c'est une fracture en V de la partie moyenne du fémur, sans communication avec l'articulation du genou ou de la hanche. Il existait en même temps une fracture par écrasement du calcanéum et une autre fracture de l'extrémité supérieure du tibia, avec déplacement considérable en arrière comprimant l'artère poplitée. La gangrène survint et obligea M. Legouest à amputer la cuisse dans le lieu même de la fracture. Le blessé guérit ; mais peu de temps après la guérison, l'aliénation mentale, qui avait poussé le sujet à se précipiter par une fenêtre, reparut et nécessita le transport de l'opéré à Charenton.

DISCUSSION.

Thérapeutique des polypes du larynx. — M. DEBROU adresse la lettre suivante, dont M. Verneuil donne lecture :

Orléans, 13 avril 1864.

Monsieur le président,

Je pourrais me montrer surpris d'avoir trouvé dans le compte rendu de la Société de chirurgie du 30 mars (inséré dans le nº du 9 avril de la *Gazette des Hôpitaux*) une lettre de M. Ehrmann, adressée à la Société, dans laquelle il m'attribue un langage et des opinions qui ne m'appartiennent pas. Je n'ai rien écrit de pareil à ce qu'il me prête dans la note que j'ai envoyée à la Société, et certainement, si l'habile chirurgien de Strasbourg avait attendu la publication de mon travail pour savoir ce que ce travail contient, il se serait dispensé d'écrire sa lettre, demeurant en possession paisible de la très-juste considération que lui a valu sa belle opération de polype du larynx.

Je pourrais me montrer surpris également de ce que dans la suite de la séance M. Trélat ait mis en doute, avec une grande insistance, l'opportunité de l'opération que j'avais pratiquée. Ne voulant pas faire comme M. Ehrmann, qui a écrit à Strasbourg, le 28 mars, une lettre sur une séance tenue à Paris le 23 mars, et à laquelle il n'avait pas assisté, j'ai attendu d'avoir sous les yeux le compte rendu officiel, qui ne se publie que dix jours après la séance, afin de ne me

tromper ni sur le sens ni sur les termes des observations présentées par M. Trélat, lequel d'ailleurs a signé lui-même le Compte rendu de la séance, en qualité de secrétaire. Mais, au lieu de trouver étranges ces remarques, avancées sans contradiction possible puisque je n'étais pas présent à la séance, je vais essayer de satisfaire mon collègue, en ajoutant des détails ou des développements qu'il semble désirer.

Voici d'abord le résumé de son argumentation, que j'extrais fidèlement du compte rendu rédigé par lui.

Je n'ai pas prouvé que le polype de mon malade ne pouvait pas être extrait par les voies naturelles. Ce polype avait les conditions réclamées pour cela par MM. Trélat et Verneuil, savoir : Il était situé au-dessus de la glotte et accessible aux instruments. Que pouvait-on craindre en l'enlevant par la bouche? une hémorrhagie? Ce n'était pas probable, parce qu'il était fibreux et dur. Pouvait-on craindre que le polype n'offrît trop de résistance par sa dureté, que la manœuvre de l'écraseur ne fût trop longue (comme elle l'a été en effet) ? « Il » fallait suivre l'exemple de M. Middeldorpff, qui a enlevé avec le » galvano-cautère une tumeur *du volume d'une noix, qui semblait* » *naître de la région sus-glottique du larynx;* analogie, on pourrait » dire similitude de lésions qui aurait dû conduire à la similitude de » traitement. »

D'ailleurs, le volume de la tumeur, au lieu d'être un motif pour opérer par une voie artificielle, est un motif de plus pour opérer par la bouche, « car il est bien difficile d'ouvrir avec le bistouri une voie » plus large que le conduit bucco-pharyngien... Si on se reporte aux » motifs qui ont guidé les autres opérateurs, M. Ehrmann, M. Prat, » M. Follin, on voit que par-dessus tout c'est l'impossibilité d'at- » teindre les polypes qui a dicté leur conduite. »

Je pense n'avoir rien omis de principal dans les raisons données par M. Trélat pour soutenir son opinion. Ce n'est pas la première fois qu'il se montre partisan presque exclusif de l'ablation des polypes du larynx par les voies naturelles. Dans la séance du 18 février 1863, à l'occasion d'un malade présenté par M. Follin à la Société, pour avoir l'avis de ses collègues, M. Trélat s'exprimait ainsi :

« Je ne vois pas pourquoi on n'opérerait pas ici par les voies natu- » relles. Les polypes sont très-apparents dans la production des sons » graves; on pourrait les saisir à ce moment... »

M. Verneuil fit remarquer que le polype opéré par la bouche par M. Fauvel avait un très-petit volume; que celui opéré par M. Burns, chez son frère, était également très-petit. Pour lui, il était partisan de la laryngotomie thyro-hyoïdienne que proposait M. Follin. Et en effet M. Follin, qui n'avait pas été convaincu, se comporta plus tard

comme il se l'était proposé. On voit donc que chez M. Trélat cette préférence pour agir par les voies naturelles n'est pas nouvelle. Et elle est établie à ce point pour lui qu'un gros volume de la tumeur est une raison de plus pour agir ainsi : « car il est bien difficile d'ou-» vrir avec le bistouri une voie plus large que ne l'est le conduit » bucco-pharyngien. »

Si les conclusions de notre honorable collègue sont justes, il n'y aura en réalité aucun polype du larynx qui doive être désormais enlevé par une opération extérieure, pourvu que l'on puisse atteindre et saisir la tumeur au fond du gosier. Et comme, d'une autre part, les petits polypes muqueux peuvent être saisis dans le larynx avec une pince *ad hoc,* il en résulterait que toute opération de laryngotomie serait à jamais rejetée pour les excroissances intra-laryngées. Un tel progrès serait assurément à souhaiter, et il serait d'autant plus utile de l'accomplir qu'une récente opération de laryngotomie vient d'être faite encore à Strasbourg par M. Bœckel.

M. Trélat répète à plusieurs reprises que je n'ai pas assez établi dans mon observation que le polype ne pouvait pas être enlevé par la bouche. Il montre une fois de plus que jamais les observations ne sont assez détaillées au gré de tout le monde et suivant les points de vue divers où chacun se place. C'eût été une générosité bien simple de m'accorder que je n'agissais pas tout à fait en aveugle. Mais je puis lui dire que dès le commencement j'avais été obligé de renoncer à agir par les voies naturelles. Dans toutes mes explorations, qui avaient été nombreuses, pour rechercher le point d'insertion de la tumeur, quand je la soulevais tantôt avec une pince de Museux, tantôt avec une érigne, je déterminais une imminence d'asphyxie et d'étranglement. Et il ne pouvait en être autrement à cause de la masse même du polype et de la déformation qu'entraînait son attraction sur le larynx et dans le ventricule où il s'implantait. Cela fut évident pour tous les médecins à qui je montrai successivement le malade.

Mais laissons de côté ce détail; je veux faire voir que j'avais pour extraire le polype par l'extérieur un autre motif fondamental, qui est le premier à mettre en ligne dans cette question de chirurgie.

M. Trélat, cherchant les motifs que l'on peut avoir de pratiquer la laryngotomie, en trouve deux : l'hémorrhagie et la résistance ou la densité de la tumeur. Et il en fait peu de cas, probablement parce qu'il n'a pas encore eu à opérer des polypes du larynx dans toutes les conditions possibles. Mais il oublie le motif principal, celui que j'ai eu toujours devant les yeux. M. Trélat, qui a fait de grands efforts pour me critiquer, me renvoie aux conseils donnés par M. Verneuil à M. le docteur Thomas (de Reims) dans une consultation que ce mé-

decin avait demandée. Il y a dans la consultation cette phrase que M. Trélat n'avait peut-être pas relue avant la séance du 23 mars. « Il » importe beaucoup que M. Thomas pratique l'extirpation d'une ma- » nière complète, s'il veut s'assurer contre les chances d'une réci- » dive. » Eh bien, voilà ce qui importe vraiment à celui qui est chargé d'ôter un polype du larynx, surtout s'il est fibreux, volumineux, et implanté profondément. Il est de première règle et de première nécessité de raser le polype à son insertion, de manière à n'en rien laisser. A quoi ont servi les derniers enseignements sur les polypes naso-pharyngiens, sinon à prouver qu'il faut à tout prix les extirper entiers? N'est-il pas admis comme règle qu'on doit pratiquer l'ablation du maxillaire supérieur dans ce but ?

Maintenant, quelle est la condition indispensable pour enlever un polype entier ? C'est de déterminer où est son implantation et de parvenir jusqu'à elle. Or il me semble bien en vérité que M. Trélat n'a pas lu ou compris la description que j'ai donnée du polype de mon malade.

Je vais rappeler les points de cette description qui sont utiles à indiquer ici.

D'abord il était impossible de préciser exactement le lieu de son insertion. M. Trélat donne pour y parvenir des préceptes qu'il formule ainsi : « Rechercher, soit avec une anse métallique, soit avec » un crochet mousse, les limites inférieures de l'insertion, et s'assurer » ainsi de la possibilité qu'il y aurait à porter sur elle un fil métalli- » que, une chaîne d'écraseur ou tout autre moyen de section. » Le polype était si gros et remplissait tellement l'évasement supérieur du larynx qu'avec le laryngoscope on ne pouvait voir l'intérieur du larynx lui-même. Et un crochet mousse conduit et glissé sur la tumeur, qu'aurait-il appris d'exact et de certain ? Faut-il redire que cette tumeur était fixe et non mobile, qu'elle n'avait pas de pédicule, mais une base large; que sa base, ayant 3 centimètres de largeur, s'étendait de haut en bas depuis le repli aryténo-épiglottique jusqu'à 1 ou 2 millimètres de la corde vocale inférieure; qu'elle était adhérente à toute la face interne du cartilage aryténoïde, qu'elle recouvrait et remplissait avec un très-fort relief le ventricule du larynx ?

Qu'aurait appris un crochet mousse parvenu jusqu'à la corde vocale inférieure, et soulevé, jeté en dedans par le relief de la tumeur ? Rien d'exact. Et s'il avait appris, chose impossible, le lieu exact d'implantation et sa largeur, qu'en aurait-on conclu ? Est-ce que M. Trélat en aurait conclu qu'il fallait extraire le polype par la bouche ? Je suis obligé de croire que oui, puisqu'il a dû lire mon observation. Alors, on l'aurait extrait en l'arrachant avec une pince,

comme on le fait pour un polype du nez, ou en glissant dessus un serre-nœud ou l'anse d'un écraseur, ou avec le galvano-cautère, à l'exemple de M. Middeldorpff.

Mais tout le monde comprend que par le simple arrachement avec une pince, on n'est jamais sûr d'enlever toute l'implantation d'un polype. Et quels dégâts n'eût-on pas faits à l'intérieur du larynx, en arrachant peut-être le cartilage aryténoïde? En deuxième lieu, pour placer efficacement l'anse d'un écraseur ou d'un cautère galvanique, il faut pouvoir embrasser toute l'insertion du polype, sans quoi on est exposé encore à en laisser une partie qui repullulera. Et par quel moyen faire manœuvrer ces deux instruments, dans le ventricule du larynx, au hasard, sans savoir où porte leur action et sans le secours du laryngoscope? Pour moi, je suis tellement convaincu que chez mon malade l'incision du larynx sur le milieu était seule capable de faire voir, saisir et ôter son polype, que si j'avais connu exactement de prime abord le lieu et l'étendue de son implantation, j'aurais procédé d'emblée à la laryngotomie thyroïdienne.

En continuant de ne pas approuver ma conduite, M. Trélat dit dans une de ses remarques : « Si on se reporte aux motifs qui ont guidé » les autres opérateurs (ceux qui ont fait la laryngotomie), M. Ehrmann, M. Prat, M. Follin, on voit que par-dessus tout c'est l'impossibilité d'atteindre les polypes qui a dicté leur conduite. » Il y a erreur dans cette appréciation, non pour le cas de M. Ehrmann, mais pour les deux autres.

Chez le malade de M. Prat, le doigt introduit profondément touchait un corps résistant « qui paraissait s'insérer au niveau de l'épiglotte. » Et cependant, le chirurgien fut obligé de faire la laryngotomie thyro-hyoïdienne. « Il arriva sur l'épiglotte, qui était déformée, » épaissie, rugueuse ; la tumeur s'insérait du côté gauche, à quelques » millimètres de l'angle supérieur, et de là se dirigeait vers le pharynx ; elle mesurait 15 millimètres de long ; son pédicule avait 7 ou » 8 millimètres d'épaisseur. Elle était formée par un tissu fibreux, » compacte, et recouverte d'une membrane muqueuse, épaisse, dégénérée. » (*Gazette hebdomadaire*, p. 165, t. X, 1863, article de M. Verneuil). Il y a donc erreur dans l'appréciation de M. Trélat; ce polype pouvait être atteint par la bouche, et cependant le chirurgien ne put l'extraire par cette voie, malgré ses tentatives.

Pour le cas de M. Follin, j'ai déjà dit au commencement de cette lettre, qu'en voyant le malade présenté à la Société de chirurgie, M. Trélat avait exprimé l'avis qu'on pouvait l'opérer par la bouche; et cependant M. Follin pratiqua la même laryngotomie que M. Prat. Il y a ici, du reste, une citation qui vient trop à l'appui de ma cause

pour que je ne m'en serve pas. Voici la phrase mise dans la bouche de M. Trélat par le secrétaire de la Société : « Chez ce garçon, » les polypes sont très-apparents lors de la production des sons » graves ; on pourrait les saisir à ce moment et tout au moins les » diminuer de volume. » (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 2e série, t. IV, p. 56, 1863). *Tout au moins les diminuer de volume!* Comprend-on une telle manière de faire pour des polypes du larynx ? N'avais je pas raison de dire plus haut que M. Trélat ne se préoccupe pas de se mettre en garde contre la récidive ?

Voyons un autre point. Notre collègue dit encore ceci dans la critique qu'il m'adresse : « J'admets encore que la solidité des tissus » dût entraîner une longue manœuvre avec l'écraseur ; n'y avait-il » donc aucun autre moyen de parer à ce double inconvénient ? Est- » ce que l'anse coupante du galvano-cautère ne devait pas donner » une plaie sèche et une section rapide ? Il suffisait de suivre l'exem- » ple connu de M. Middeldorpff, qui enleva par ce procédé une *tumeur » du volume d'une noix, qui semblait naître de la région sus-glotti- » que du larynx* ; analogie, on pourrait dire similitude de lésions, » qui aurait dû conduire à la similitude de traitement. » Je note que les mots soulignés le sont dans le journal imprimé.

Il est rare qu'en rapportant une discussion académique on souligne des mots, parce que l'on pourrait se tromper à cet égard sur la volonté de l'orateur ; mais cela s'explique ici parce que M. Trélat était son propre secrétaire, et cela prouve qu'il a réfléchi à ce qu'il disait. Eh bien, d'abord, le polype en question était gros comme une noix ; le mien était gros comme un œuf de poule, et, pour être plus exact, mesurait 11 centimètres de circonférence et 4 centimètres dans chacun de ses diamètres. Ensuite, le premier *semblait naître de la région sus-glottique du larynx*, région indéterminée qui s'étend en haut jusqu'aux ligaments aryténo-épiglottiques ; tandis que le mien s'insérait jusque dans le ventricule et à 1 ou 2 millimètres de la corde vocale inférieure. Mais j'ai mieux à dire encore. Dans son récit, M. Trélat a oublié une circonstance, comme si décidément il ne voulait pas toucher la question des récidives. Le polype de M. Middeldorpff est revenu. En voulez-vous la preuve ? Elle est dans la consultation de M. Verneuil à M. Thomas, et à laquelle m'a renvoyé M. Trélat, sans songer qu'il aurait pu y apprendre ce fait important. (*Gaz. hebdom.*, t. X, p. 348, n° du 29 mai 1863 ; — voir aussi même journal, p. 164, où M. Verneuil parle de ce cas remarquable.)

Enfin, pour ne rien omettre, je dois mentionner le cas qui est propre à M. Trélat, et qu'il a présenté à l'Académie de médecine dans la séance du 28 avril 1863. Qu'était ce polype ? C'était une tumeur

fibreuse, mobile, ayant pour pédicule la muqueuse, grosse comme une petite cerise et insérée sur le ligament aryténo-épiglottique. Notre collègue ayant découvert cette tumeur au moyen du laryngoscope, reconnut que dans certains mouvements d'élévation on pouvait la saisir et la fixer avec une pince par le fond du gosier, et faisant glisser l'anse du serre-nœud sur la pince, il étrangla le pédicule et détacha la tumeur. On vit immédiatement après, sur le repli aryténo-épiglottique, une plaie longue de 7 à 8 millimètres et large de 3 millimètres (in *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XXVIII, p. 624). Assurément M. Trélat a très-habilement opéré, ce qui n'étonnera pas ceux qui le connaissent ; mais qui voudra croire que ce polype est comparable à celui de mon malade? qui voudra voir là la clef et la réunion de toutes les difficultés qui peuvent se rencontrer dans le traitement des polypes du larynx? Pour citer une dernière fois une difficulté de mon opération, ç'a été la dureté de la tumeur et la largeur de sa base (3 centimètres), double cause du long temps qu'il a fallu pour l'emploi de l'écraseur ; et je voulais d'ailleurs une section sèche, afin de n'appliquer aucun caustique à l'intérieur du larynx.

Il est temps que je me résume et aussi de demander pardon à la Société d'occuper aussi longtemps son attention, à mon grand regret. J'avais cru que l'observation que j'avais soumise à son examen renfermait des détails suffisants pour justifier ma conduite et pour appuyer la conclusion du travail que j'y ai joint. Un collègue ayant attaqué la base même de mon travail, je me suis trouvé forcé de répondre par une lettre, et j'ai essayé de le faire moins en me défendant qu'en parlant sur le fond même de la question. Cette lettre ne sera donc, en réalité, qu'un complément de la note que j'ai soumise à la Société, et je ne puis mieux faire que de la terminer en répétant les deux conclusions suivantes :

Il y a des tumeurs du larynx qui réclament absolument une opération à travers le cou. Cette opération est une laryngotomie appropriée aux conditions de la tumeur ou du polype.

La trachéotomie, jointe à l'opération précédente, peut être indispensable en quelques cas, comme elle l'a été chez les malades de MM. Ehrmann et Gurdon Buck, c'est-à-dire quand il faut empêcher une asphyxie imminente. (J'ai été obligé moi-même dernièrement d'ouvrir la trachée à un autre malade atteint non de polype, le laryngoscope n'en montre pas, mais d'une affection chronique du larynx.) — Mais hors ces cas particuliers d'une asphyxie imminente, la trachéotomie ne doit pas être jointe à la laryngotomie.

COMMUNICATIONS.

M. DOLBEAU lit une observation intitulée *Abcès sous-maxillaire du côté droit. — Perforation de l'artère linguale. — Hémorrhagies successives. — Ligature de la carotide externe. — Guérison.*

L'observation que nous allons rapporter est intéressante à plusieurs titres. Il s'agit non-seulement d'une guérison obtenue dans un cas grave et grâce à l'intervention chirurgicale, mais encore d'un exemple rare de l'influence fâcheuse que peut exercer le pus sur les tuniques artérielles. Ce fait nous permettra de plus de revenir en quelques mots sur la question de la ligature de la carotide externe.

On redoutait autrefois pour les artères le voisinage de la suppuration ; on craignait que ces vaisseaux ne perdissent dans ces conditions leurs propriétés organiques et qu'ils ne fussent plus disposés aux anévrysmes et aux perforations. Les recherches de Béclard ont démontré que l'inflammation avait peu de tendance à se propager aux artères ; Bérard a cité également quelques faits dans lesquels les vaisseaux étaient restés intacts au milieu de parties enflammées et suppurées ; M. Nélaton lui-même a fait remarquer qu'on pouvait avec avantage, et sans craindre d'agir sur des vaisseaux trop friables, pratiquer la ligature des artères dans les parties suppurées. Cependant, il existe quelques faits qui prouvent que dans certaines conditions, la présence du pus a suffi pour déterminer l'ouverture d'une artère et donner naissance à l'hémorrhagie. Liston a rencontré la rupture de la carotide chez un enfant porteur d'un abcès sous-maxillaire. Miller a également observé des accidents de ce genre à l'occasion d'abcès survenant chez des jeunes sujets convalescents de la scarlatine. Dans le cas actuel, il s'agit également d'un abcès du cou, développé chez une jeune fille lymphatique, lequel a donné lieu à une hémorrhagie grave ayant probablement pour cause une altération des parois artérielles. Il est à remarquer que dans ce cas particulier, l'hémorrhagie n'est survenue que quinze jours après l'ouverture de l'abcès.

Notre confrère le docteur Weil, qui voyait la malade, a bien voulu rédiger la première partie de l'observation ; nous allons la rapporter intégralement, puis nous la compléterons par les détails relatifs à l'opération que nous avons été dans l'obligation de pratiquer.

OBS. — L. H..., âgée de seize ans, bien développée, d'un tempérament lymphatique très-prononcé ; menstruée dès l'âge de douze ans, mais irrégulièrement et parfois avec une extrême abondance ; d'une bonne santé habituelle ; ganglions cervicaux volumineux, engorgés à différentes reprises, mais n'ayant jamais suppuré.

Elevée dans un pensionnat, cette jeune fille s'endormit, dans la nuit du 29 au 30 janvier dernier, près d'une fenêtre mal close et subit l'action d'un courant d'air froid. A son réveil, mal de gorge assez violent, en même temps que douleurs vives au niveau de la région sous-maxillaire droite.

Le médecin de l'établissement crut devoir prescrire un gargarisme avec du miel rosat et l'application de cataplasmes de farine de lin sur la partie douloureuse. Ces cataplasmes furent remplacés le lendemain par des sachets de son.

Rentrée dans sa famille le 3 février, je vis la malade dans la soirée et je constatai :

Une tumeur occupant la région sous-maxillaire droite, s'étendant transversalement de l'oreille à la symphyse du menton et verticalement jusqu'à la partie moyenne du cou. Elle est le siége de douleurs pulsatives intenses; la peau qui la recouvre est tendue, rouge, luisante. Légère déviation du cou du côté sain; resserrement des mâchoires tel que l'examen de la gorge devient impossible; déglutition difficile; parole presque impossible. Fièvre vive; pouls à 115; agitation sans délire; insomnie. — Cataplasmes de farine de lin sur la tumeur; pédiluves sinapisés.

Le 4 février, même état. — Même prescription, plus 5 centigr. d'extrait thébaïque pour le soir.

Le 5, rougeur et tension moindres; un point de ramollissement se montre à 2 centimètres environ en dehors de la ligne médiane. — Nuit plus calme; fièvre moins vive; pouls à 102.

La malade accuse une mauvaise haleine, et sur mon doigt difficilement introduit dans la bouche du côté malade, je constate la présence d'une petite quantité de pus. — Même prescription que la veille.

Le 6, empâtement notable de toute la tumeur; fluctuation manifeste de la partie qui la veille avait subi un commencement de ramollissement; j'y fais avec la lancette une incision de la longueur d'un centimètre et demi environ. Issue d'une quantité notable de pus de bonne nature, non odorant. Il en sort en même temps quelques gouttes par la bouche. Pouls à 90.

Le 7, la nuit a été bonne; pas de fièvre; la malade ouvre plus facilement la bouche; elle ne se plaint plus de mal de gorge. Une petite quantité de pus est encore expulsée avec la salive; il s'en écoule au contraire une quantité considérable par l'incision faite la veille; la tumeur est diminuée de volume; plus de tension, peu de rougeur. — Cataplasmes de farine de lin, gargarisme émollient, lavement; sulfate de soude, 60 grammes, pour combattre une constipation qui existe depuis quelques jours.

Le 8, état général satisfaisant. La malade ouvre facilement la bouche, il n'en sort plus de pus; celui-ci s'écoule facilement et abondamment par l'ouverture extérieure. La tumeur décroît sensiblement; la région est peu douloureuse.

A partir de ce jour, rien de particulier à signaler.

Je vois la malade le 20 février à midi; elle est levée et dit se porter aussi bien que possible. La partie latérale droite du cou a repris sa forme normale; à peine puis-je, par la pression, faire sortir quelques gouttelettes de pus séreux. J'annonçai aux parents la guérison très-prochaine de leur enfant.

Quelles ne furent pas ma surprise et mon émotion lorsque, dans la matinée du lendemain, je trouvai la jeune fille étendue presque mourante sur son lit. J'appris que la veille, à six heures du soir, elle se leva tout à coup de son fauteuil, criant qu'elle perdait du sang et par la bouche et par la plaie. En quelques instants, elle en perdit ainsi une quantité considérable.

M. le docteur Schloss, appelé en toute hâte, put constater, en effet, que du sang artériel s'échappait abondamment par les deux voies indiquées. (Potion avec perchlorure de fer; tamponnement avec des rondelles d'agaric imbibées d'une solution de perchlorure.) L'hémorrhagie ne s'arrête que lentement; elle était à peu près nulle au moment où je vis la jeune fille.

La face est pâle, livide; la prostration extrême; pouls filiforme à 120.

Le foyer de l'abcès est considérablement distendu par des caillots; la peau qui le recouvre est marbrée, luisante; on n'y perçoit aucun battement.

Evidemment, un vaisseau important s'était ulcéré, puis rompu au fond du foyer; l'hémorrhagie, un instant arrêtée, devait se reproduire; le danger était imminent et ne pouvait être conjuré que par une ligature.

Le 21 février, je fus appelé auprès de la malade vers midi, et je pus constater les particularités suivantes: grande prostration, pâleur extrême, lèvres décolorées, langue froide; le pouls est très-petit, il bat au moins 140 pulsations par minute; la respiration est élevée et précipitée; par instants il y a des nausées et des évacuations involontaires de gaz intestinaux.

Le cou est le siége d'un gonflement considérable; sa partie antérieure est convexe et soulevée uniformément, à tel point que le menton est presque sur le même plan que la partie inférieure de la région. La tuméfaction paraît occuper les deux côtés du cou; mais, en examinant de plus près, on s'aperçoit que le gonflement porte seule-

ment du côté droit et que la distension est telle que l'os hyoïde, le larynx et la trachée sont complétement portés vers la partie gauche. Les téguments sont extrêmement distendus, ils sont lisses, brillants; on observe de plus une plaie transversale d'un centimètre et demi environ, située du côté droit, à 4 centimètres au-dessous du bord de la mâchoire et un peu en avant de l'angle de cet os.

Cette plaie, qui est bouchée en grande partie par un caillot, laisse suinter du sang vermeil. Il est évident que l'hémorrhagie s'effectue profondément, et que la tuméfaction du cou tient à un large épanchement sanguin. L'artère faciale bat au-devant du masséter.

Nous diagnostiquons une lésion probable de l'artère linguale, et voici le plan qui est immédiatement arrêté : faire une longue incision sur le trajet des gros vaisseaux du cou, réunir cette incision avec celle déjà existante, de manière à faire une plaie en forme de T; enlever les caillots, rechercher l'artère et la lier, puis au besoin faire la ligature de la carotide externe. Nous procédons de suite à cette opération grave et difficile :

1° A cause de l'extrême faiblesse de la malade;

2° A cause de l'hémorrhagie, qui a modifié tous les rapports de la région.

Nous avons du reste été parfaitement aidé par nos confrères Labbé, Schloss et Weil.

Une première incision parallèle au bord interne du sterno-mastoïdien s'étend depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au voisinage du sternum; une deuxième incision partant de la plaie vient se réunir à la précédente; nous pénétrons alors dans une vaste poche remplie de caillots et qui s'étend jusque vers la fourchette sternale. En haut et à droite, la région sous-maxillaire est profondément modifiée; tout le plancher de la bouche a été refoulé, et l'on trouve là une cavité circonscrite en dehors par la mâchoire dénudée et en dedans par le mylo-hyoïdien. Outre le sang, cette cavité renferme plusieurs ganglions lymphatiques en voie de ramollissement; elle est du reste tapissée dans toute son étendue par une membrane pyogénique grisâtre. En haut et en dedans, au niveau de la grande corne de l'os hyoïde, nous voyons jaillir du sang artériel; le vaisseau qui donne ainsi du sang occupe la couche musculaire sous-jacente, et répond parfaitement à la situation anatomique de l'artère linguale. A plusieurs reprises, nous essayons de saisir le vaisseau avec une pince, mais les tissus sont tellement ramollis qu'ils se déchirent aussitôt. Deux ligatures faites sur le ténaculum coupent tous les tissus et ne peuvent suffire à calmer l'hémorrhagie.

Devant ces difficultés, nous revenons à notre projet de lier la caro-

tide externe; mais comment trouver les points de repère dans une région ainsi modifiée ?

Nous cherchons et nous apercevons la jugulaire interne et quelques branches qui de ce vaisseau se portent vers la ligne médiane. Le doigt porté immédiatement en dedans de la veine perçoit des battements artériels, et c'est là que nous essayons d'isoler le vaisseau.

Alors commence une longue série de tentatives rendues difficiles par l'induration des tissus, ce qui ne permet pas d'isoler les organes. Les veines transversales sont coupées entre deux ligatures, et, après bien des efforts, nous arrivons à passer une sonde courbe sous l'artère.

On constate alors :

1° Qu'une petite branche, la thyroïdienne probablement, se détache au-dessous;

2° Qu'en soulevant le fil, nous arrêtons les battements dans la partie qui est au-dessus;

3° Que ces mêmes battements reparaissent aussitôt qu'on cesse la constriction;

4° Qu'en dehors du vaisseau saisi, il existe des battements qui se passent dans une artère recouverte par la jugulaire et que nous supposons être la carotide interne.

Certain d'avoir isolé la carotide externe, nous en pratiquons la ligature à 1 centimètre et demi au-dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde. L'hémorrhagie cesse, la plaie est bourrée de charpie; pansement simple.

Pendant cette opération, qui a duré près d'une heure, la malade a été prise plusieurs fois de syncopes qui nous ont forcé de suspendre. Cependant elle a perdu fort peu de sang. On place la jeune fille dans son lit, où elle est prise d'un frisson violent; boules chaudes, vin chaud, bouillon.

Dans la soirée, tout se passe bien; le pouls se relève, la malade est moins faible.

Le 22 février, pouls à 130; la peau est chaude, l'hémorrhagie n'a pas reparu. — Alimentation.

Le 23, le pouls est meilleur, 120; les lèvres sont colorées et l'appétit se développe. Le pansement est souillé par des liquides; on change la charpie. Les ligatures placées sur l'artère linguale sont tombées; il est donc évident qu'elles eussent été insuffisantes.

Le 24, le pouls est tombé à 100; la plaie suppure abondamment; un peu de rougeur vers la clavicule.

Les jours suivants, l'état général s'améliore; l'appétit est bon, les digestions sont parfaites. On ordonne l'extrait de quinquina à l'inté-

rieur, et l'on combat la fétidité de la suppuration par les injections avec l'eau-de-vie camphrée.

Le 1er mars, la plaie est rouge, vermeille, se rétrécit et se comble ; la malade se lève dans un fauteuil.

Lo 2 mars, la ligature de la carotide est tombée, c'est-à-dire le dixième jour ; la plaie est bonne ; le larynx a repris sa place ; pas d'hémorrhagie. On continue de panser la plaie avec la charpie sèche, en même temps que l'on insiste sur les moyens propres à régulariser la cicatrice.

La guérison complète était effectuée le 15 mars.

Lorsqu'on place un fil sur le trajet de la carotide externe, on pratique la ligature à la proximité de collatérales importantes, et par conséquent dans de très-mauvaises conditions. Théoriquement, la ligature de la carotide externe exposerait à l'hémorrhagie consécutive ; cependant tel n'est pas le résultat fourni par l'observation clinique. Vous vous rappelez sans doute le travail de M. Guyon, dans lequel notre collègue insiste sur la rareté de cet accident, qui n'a, du reste, été observé qu'une seule fois. Le fait dont je viens d'exposer tous les détails démontre encore l'innocuité de cette opération, que la théorio semblerait devoir faire repousser.

Lorsque j'ai eu l'honneur de vous rendre compte du travail de M. Guyon, je vous ai entretenus de l'idée ingénieuse de notre collègue ; il propose de rechercher le nerf grand hypoglosse comme étant le moyen le plus certain d'arriver jusqu'à l'artère. Je ne vous exposerai pas de nouveau les raisons qui me font préférer le procédé ancien à celui qu'a imaginé notre collègue. Je le disais alors, et je n'ai point changé d'idées, la ligature de la carotide externe est difficile, et si dans une opération on rencontre le nerf grand hypoglosse, il faudra garder en mémoire ses rapports intimes avec l'artère.

L'opération que j'ai pratiquée a été laborieuse, ce qui tenait sans doute aux conditions dans lesquelles elle a été exécutée ; mais je dois dire que nous n'avons pas rencontré le nerf grand hypoglosse, et qu'en définitive nous avons distingué l'artère carotide externe, parce qu'elle était en dedans de la veine jugulaire et parce qu'elle donnait naissance à une collatérale. Quant à dire exactement le point sur lequel a porté la constriction du vaisseau, cela nous est impossible ; cette circonstance paraît, du reste, avoir une importance secondaire, vu la rareté extrême des hémorrhagies consécutives.

M. CHASSAIGNAC. J'ai été appelé dernièrement avec l'un des membres de la Société pour un cas d'abcès de l'amygdale ouvert spontanément vers le septième jour de la maladie, et ayant donné lieu à une hémorrhagie qui en définitive a été mortelle. Aucun des

médecins présents n'avait jamais rien observé de semblable. Cependant ces abcès du cou avec hémorrhagie sont peut-être plus fréquents qu'on ne croit, et pourraient, suivant les circonstances, compromettre gravement la responsabilité du chirurgien.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'avais à l'hôpital un malade atteint de phlegmon sous-claviculaire auquel j'avais dû faire deux incisions, dont l'une dans l'aisselle. Il allait très-bien et était sur le point de partir pour Vincennes, lorsqu'un matin il fut pris d'une hémorrhagie des plus graves par l'une des plaies. M. Huguier, qui le vit à ce moment, croyait la mort certaine. Nous eûmes beaucoup de peine, en employant le perchlorure de fer et la compression, à arrêter cette hémorrhagie. Je pense, comme M. Chassaignac, que des faits de cette nature peuvent être compromettants pour le chirurgien ; il pourra être accusé d'avoir ouvert un vaisseau en incisant les parois du foyer purulent.

M. TRÉLAT. J'ai observé deux cas d'hémorrhagie grave dans des abcès, l'un en 1851, quand j'étais interne dans le service de Roux ; l'autre il y a deux ans, à Saint-Louis. Le premier est relatif à une femme qui avait à la région sus-hyoïdienne un abcès ouvert depuis longtemps et n'ayant aucune tendance à la cicatrisation ; il y eut plusieurs hémorrhagies à court intervalle, et la malade mourut.

J'avais ouvert chez un jeune homme de vingt ans un abcès très-profond de la région antérieure de la cuisse ; au bout de dix jours environ, il y eut dans le foyer une hémorrhagie très-abondante et très-rapide, arrêtée à grand'peine par l'application du compresseur. Cette hémorrhagie venait des artérioles des muscles traversés par l'incision ; je cautérisai au fer rouge. Au bout de six jours l'hémorrhagie reparaît, mais avec moins d'abondance ; elle cède à la compression ; elle revint encore une fois ; et fut de suite réprimée. Cependant le malade s'affaiblit, et, quoiqu'il ne perdît plus de sang, il succomba trois ou quatre semaines après.

Il me semble que dans tous ces cas le temps écoulé entre l'ouverture de l'abcès et l'apparition de l'hémorrhagie est de nature à abriter la responsabilité du chirurgien et à faire attribuer l'hémorrhagie à sa véritable cause, l'ulcération artérielle.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je suis bien de l'avis de M. Trélat, si on prend les chirurgiens comme juges ; mais les malades ne procèdent pas de la même manière et ne se font pas faute d'accuser ceux qui les soignent dans les cas où survient quelque complication grave.

M. TRÉLAT. Je n'ai parlé qu'au point de vue chirurgical ; la Société de chirurgie n'ayant pas à examiner des questions d'ordre judiciaire.

M. GIRALDÈS. M. Dolbeau a rappelé le fait de Liston ; j'insiste sur son importance. C'est lui qui a été le point de départ des recherches du chirurgien anglais, recherches qui ont eu pour résultat d'établir que les parois des vaisseaux pouvaient être ulcérées par des abcès, des ganglions ramollis, ce qui n'est pas rare chez les enfants et surtout à la suite de certaines maladies fébriles, des angines scarlatineuses en particulier.

M. MARJOLIN. Les hémorrhagies des foyers purulents sont assez fréquents chez les enfants à la suite de suppuration ganglionnaire, d'abcès froids idiopathiques ou de voisinage. Il faut être en garde contre elles, car souvent elles ne laissent d'autre ressource que l'amputation immédiate. Je les ai vues survenir au moment de l'ouverture de l'abcès, surtout quand il s'agit d'abcès froids. Je pense comme MM. Chassaignac et Morel-Lavallée qu'il faut dégager la responsabilité chirurgicale qu'on n'a que trop de tendance à accuser en pareil cas.

M. BAUCHET. J'ai observé un de ces faits dans le service de M. Velpeau. Un malade avait un vaste abcès en bissac à la racine du membre inférieur. On l'incisa, il ne sortit que du pus. Le surlendemain matin survint une hémorrhagie que la couleur du sang prouvait être artérielle. Elle fut assez considérable pour que M. Velpeau dût pratiquer la ligature de la fémorale. Le malade guérit.

— **M. GAMGEE**, membre correspondant étranger, fait une communication sur un cas de *désarticulation de la cuisse pour un enchondrôme du fémur*. M. Gamgee terminera sa communication dans la prochaine séance.

Note sur la pronation douloureuse de l'avant-bras chez les jeunes enfants ; par **M. BOURGUET** (d'Aix).

La Société de chirurgie s'est occupée dans une de ses dernières séances d'une lésion traumatique de l'avant-bras que l'on rencontre fréquemment chez les jeunes enfants, et dont le siége et la nature, fort difficiles à déterminer d'une manière précise, excitent depuis longtemps l'attention des chirurgiens, sans qu'on soit encore parvenu à s'entendre sur ces deux questions importantes, non plus que sur la dénomination qu'il convient de lui donner.

Cette lésion ayant été de notre part l'objet de quelques recherches spéciales, et l'occasion de l'observer nous ayant été offerte un très-grand nombre de fois, nous avons pensé devoir mettre sous les yeux de nos honorables collègues le résultat de nos investigations et de nos réflexions sur ce sujet, convaincu que du choc des opinions jaillit la

lumière, et que la discussion, en se prolongeant, ne peut qu'être profitable à la science et utile à la découverte de la vérité, but de nos efforts communs.

I. — Quel est le siége de cette lésion ?

Disons-le tout de suite. Selon nous, ce n'est ni le *coude* ni le *poignet,* mais la partie supérieure de l'*avant-bras.*

Nous trouvons la preuve de la première de ces deux propositions dans l'absence de toute espèce de déformation du coude ou du poignet et dans la conservation complète des mouvements de ces deux articulations. Ces faits, généralement acceptés aujourd'hui, ont été signalés depuis longtemps par la plupart des observateurs, qui les ont recherchés avec soin et sans parti pris. Or, sans déformation articulaire et sans perte des mouvements fonctionnels, il nous semble impossible d'admettre l'existence d'une luxation, quelque peu étendue et quelque incomplète qu'on la suppose.

Mais si la lésion ne peut être localisée dans le coude ni dans le poignet, nous croyons, au contraire, qu'il existe de nombreuses raisons pour la placer dans la continuité de l'avant-bras.

La démonstration de cette seconde proposition nous paraît résulter de l'étude attentive des symptômes qui caractérisent la maladie, particulièrement des signes suivants, que l'on peut considérer comme constants et pathognomoniques : 1° pronation permanente ; 2° augmentation du diamètre antéro-postérieur de l'avant-bras à sa partie supérieure, ce dont il est facile de s'assurer au moyen du compas d'épaisseur ; 3° impossibilité de la supination complète ; 4° enfin disparition rapide, le plus souvent même instantanée, de tous les accidents, à la suite d'un violent mouvement de supination.

Ces symptômes, les seuls constants et invariables, se rapportent tous, comme on voit, à un trouble fonctionnel des deux os de l'avant-bras l'un sur l'autre, ou plutôt du radius sur le cubitus. Ils dénotent donc que le traumatisme spécial que nous étudions doit avoir exclusivement son siége entre ces deux os, et non dans le coude ou le poignet, dont la forme et les mouvements n'ont subi aucune modification.

II. — Quelle est la nature de ce traumatisme ?

Pour nous, la pronation douloureuse et permanente, qui en fait le fond et le constitue à proprement parler, doit être rapportée à l'interposition, entre le bord externe du cubitus et la tubérosité bicipitale du radius, des tissus qui avoisinent ces deux os, à cette hauteur, et à l'obstacle, à l'espèce d'arrêt que ces tissus opposent au retour en avant de la tubérosité bicipitale, fortement déplacée en arrière au moment où l'accident s'est produit.

La meilleure démonstration de cette théorie serait assurément l'autopsie d'un sujet mort de cette lésion. Mais comme une pareille preuve manque et manquera longtemps encore, selon toutes les probabilités, la maladie étant fort simple et n'entraînant jamais la mort par elle-même, on en est réduit à chercher des preuves indirectes. Nous puiserons ces dernières, d'une part dans l'étiologie, la symptomatologie, le traitement; de l'autre, dans l'expérimentation cadavérique.

L'étiologie nous apprend que cet accident se produit à peu près exclusivement chez les jeunes enfants, et que parmi eux, ceux d'un tempérament lymphatique, à chairs flasques et molles, dont les ligaments présentent un certain degré de relâchement, y sont infiniment plus exposés que les autres. Tous les enfants n'y sont pas également sujets; il en est beaucoup, le plus grand nombre même, qui en sont entièrement exempts, quoiqu'ils soient saisis journellement par le poignet et l'avant-bras sans aucune précaution, tandis que d'autres en sont atteints au moindre effort de traction, quelquefois même sans effort, en passant, par exemple, la manche de leur robe ou de leur chemise. Ceux qui ont éprouvé cet accident une première fois sont très-exposés à le contracter de nouveau ; il n'est pas rare de rencontrer des enfants qui l'ont éprouvé à sept ou huit reprises différentes.

Nous voyons dans ces premières données étiologiques, particulièrement dans la laxité des tissus, une cause prédisposante qui doit avoir pour résultat de rendre plus facile l'écartement des deux os de l'avant-bras à leur partie supérieure, ainsi que la distension des tissus qui avoisinent la tubérosité bicipitale, surtout la bourse séreuse, l'espèce de synoviale qui enveloppe cette tubérosité à sa partie postérieure, l'isole des fibres du muscle court supinateur, et permet ses glissements en avant et en arrière. Quant à l'immunité dont paraissent jouir un certain nombre d'enfants relativement à cette lésion, nous l'expliquons par la forme et le volume de la tubérosité bicipitale elle-même; on comprend très-bien, en effet, qu'une tubérosité très-saillante doit présenter naturellement beaucoup plus de tendance à s'arrêter en arrière, à s'accrocher contre un repli de la bourse séreuse ou un trousseau musculaire du court supinateur, qu'une tubérosité qui fait un relief très-peu prononcé.

D'un autre côté, les tractions sur le poignet et l'avant-bras, qui en sont, comme chacun sait, la cause la plus habituelle, ne produisent cet effet que si la main se trouve placée préalablement en pronation. — Jamais, que nous sachions, l'accident n'a eu lieu le membre étant placé en supination. — Or, dans cette attitude (la pronation), la tu-

bérosité bicipitale et l'extrémité supérieure du radius elle-même subissent un écartement, un léger mouvement de bascule, par suite duquel l'espace interosseux est élargi à sa partie supérieure, et le radius éloigné momentanément du cubitus. On comprend parfaitement que cette circonstance peut permettre aux divers tissus du voisinage, en particulier à la bourse séreuse précitée et aux fibres les plus profondes du court supinateur, qui s'insèrent au bord externe du cubitus, en face de la tubérosité bicipitale, et forment là un trousseau distinct, de s'interposer entre les deux os, et d'occasionner la pronation douloureuse permanente que chacun connaît. Ajoutons que ce mouvement de bascule est d'autant plus prononcé que la traction sur le poignet et l'avant-bras a été plus forte, et surtout qu'elle a été faite d'une manière brusque, ce qui a lieu presque toujours dans le cas dont il s'agit.

Le bruit de claquement, la crépitation, l'espèce de soubresaut que le chirurgien perçoit, en général, au moment où l'avant-bras revient à l'état normal, s'expliquent de même très-aisément par le passage en avant de la tubérosité bicipitale, qui se fait instantanément et brusquement. On conçoit aussi que dans les cas où l'accident est récent, la douleur et le gonflement doivent être peu prononcés, et les suites immédiates beaucoup plus simples que dans le cas contraire. Le malade, en effet, se sert alors presque toujours de sa main aussitôt après que la réduction a été opérée, ce qui serait complétement inexplicable, en admettant, avec M. Chassaignac, une paralysie incomplète des extenseurs.

La douleur vive, l'impotence du membre, qui en est la suite et qui a pu faire croire à une paralysie ; l'œdème qui se manifeste parfois à la partie postérieure du poignet et de l'avant-bras, trouvent également leur explication dans la distension des tissus, le pincement de la bourse séreuse, la compression que les filets nerveux, les radicules artérielles, veineuses et lymphatiques subissent entre les deux os de l'avant-bras.

Enfin, la théorie que nous développons permet encore d'expliquer un dernier symptôme, qui a été signalé par un très-grand nombre d'observateurs, et que nous retrouvons dans le fait intéressant communiqué à la Société par M. Verneuil : nous voulons parler de la possibilité de pratiquer une supination moyenne et même une supination plus étendue, sans rencontrer de la résistance, quoique dans ce même moment la supination complète reste impossible. Cela tient, selon nous, à ce que les tissus interposés cèdent légèrement, se laissent un peu repousser en avant par la tubérosité bicipitale, ce qui permet une supination peu étendue. Ce n'est qu'en arrivant aux limites de

ce mouvement, ainsi que l'a très-bien remarqué M. Verneuil, qu'on rencontre une véritable résistance; puis, subitement, la tubérosité franchissant le léger obstacle qui la maintenait en arrière, on entend le claquement caractéristique, d'autres fois un simple ressaut, comme nous le disions plus haut, et aussitôt après la supination extrême est obtenue. Elle se fait désormais sans la plus légère difficulté; en un mot, le malade est guéri.

On peut objecter à cette théorie que le bruit de claquement s'entend ailleurs qu'au niveau de la tubérosité bicipitale. Il est facile de répondre à cette objection. Ce n'est là, ainsi que l'a très-bien fait remarquer M. Marjolin, qu'un bruit propagé le long du membre, perçu loin de son origine, et que le chirurgien ressent là même où son doigt est appliqué, mais qu'il eût perçu partout ailleurs, si le doigt eût occupé une autre place.

III. Après avoir cherché les preuves de notre théorie dans l'étiologie, la symptomatologie et le traitement, il nous reste à indiquer celles que fournit l'expérimentation cadavérique.

Si l'on met à découvert, sur un cadavre d'enfant ou d'adulte, l'espace interosseux à sa partie postéro-supérieure, au niveau de la tubérosité bicipitale, la main placée en pronation, et qu'on interpose dans cette attitude un corps étranger mince et aplati (une rondelle d'agaric, de cuir, de carton, un fragment de papier plié en plusieurs doubles. l'ongle de l'indicateur, etc.) entre les deux os de l'avant-bras, vis-à-vis de la tubérosité bicipitale; immédiatement on voit se reproduire les symptômes objectifs de la lésion observée chez les jeunes enfants. Ainsi :

1° La main et l'avant-bras sont en pronation exagérée;

2° Le diamètre antéro-postérieur du membre est légèrement augmenté à sa partie supérieure;

3° Une supination moyenne est possible, tandis que la supination extrême ne peut plus s'effectuer;

4° Enfin, si on vient à forcer la supination, on perçoit comme sur le vivant un soubresaut manifeste, d'autres fois un bruit de crépitation ou un claquement plus ou moins distinct, et sur-le-champ l'apophyse bicipitale repasse en avant de l'espace interosseux.

Sauf la douleur, la perte incomplète des mouvements, l'œdème et le gonflement des parties molles (ces deux derniers symptômes ne sont d'ailleurs pas constants), cette première expérience reproduit, on le voit, la plupart des autres circonstances de la lésion que nous étudions. Elle a été répétée par nous un très-grand nombre de fois, variée de diverses manières, et toujours nous sommes resté convaincu que la lésion artificielle que nous venions de réaliser sur le cadavre

était parfaitement analogue à celle que nous avions si souvent observée sur le vivant.

Nous avons fait une autre expérience, qui nous a conduit à un résultat identique. Elle consiste à exercer une constriction circulaire un peu forte autour de la partie supérieure de l'avant-bras, au-dessous de la petite tête du radius, de manière que le passage de la tubérosité bicipitale en avant et en arrière ne puisse s'exécuter qu'avec une certaine difficulté. Si on place alors la main dans la pronation et que la tubérosité bicipitale du sujet soit un peu saillante, on reproduit à peu de chose près le tableau symptomatique si connu de la lésion; la supination complète n'est pas possible, ou tout au moins rencontre une certaine résistance, tandis qu'une supination moyenne s'exécute très-facilement; puis enfin, au moment où la tubérosité repasse en avant, on constate les mêmes phénomènes que ci-dessus.

IV. Les faits que nous venons d'exposer suffisent-ils pour justifier notre théorie et dissiper toutes les obscurités qui règnent encore sur cette question ?

Il y aurait de notre part beaucoup trop de présomption à l'espérer. Il pourrait se faire, d'ailleurs, que le désir de trouver une explication rationnelle d'une lésion aussi controversée, joint au sentiment de la paternité, un peu aveugle de sa nature, nous eût fait voir les choses autrement qu'elles ne se passent en réalité. Nous nous bornerons donc à faire appel au contrôle de nos éminents collègues, prêt à reconnaître notre erreur, si elle existe, et à accepter une meilleure explication, si on la découvre.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. MOREL-LAVALLÉE présente une tumeur du scrotum qu'il a enlevée ce matin, et communique l'observation complète.

Fibrome du scrotum.

Le 9 avril 1864 est entré à l'hôpital Beaujon, 2e pavillon, nº 41, dans mon service, Emile P..., âgé de dix-huit ans, tailleur de pierres.

Antécédents. — Fièvre typhoïde légère.

Bonne constitution, complexion moyenne.

Vers l'âge de huit ans, sans violence extérieure, sans cause appréciable dont il puisse se souvenir, il s'est aperçu d'une petite grosseur de la forme et du volume d'un testicule. Il ne sait trop sa situation exacte à cette époque, ni si elle était mobile ou fixée à la peau. Elle s'est développée lentement, sans douleur même à la pression. Le malade croit que la tumeur a changé de forme, ce qui tient peut-être à

ce qu'elle changeait de situation pour s'accommoder à l'espace qu'elle prenait entre les cuisses pour faciliter la marche.

Aujourd'hui, elle est globuleuse, presque du volume des deux poings réunis ; représentant une sphère un peu allongée, son grand axe est horizontal d'un côté à l'autre.

Elle est sillonnée par de grosses veines variqueuses sous-cutanées. Elle occupe une grande partie du scrotum, refoule en haut les testicules et attire la verge en bas.

La peau, qui d'ailleurs a toujours conservé sa couleur normale, est mobile sur toute sa surface, mais d'une mobilité qui est loin de rappeler celle d'un scrotum ordinaire.

Sur l'extrémité gauche, elle est presque fixe.

Pour en finir sur la forme de la tumeur et la résumer en un mot, je dirai que, placée transversalement au-dessous des testicules, elle représente une sacoche assez bien remplie, de forme triangulaire, à base inférieure, ou bien encore une gourde aplatie d'avant en arrière.

Quant à sa consistance, elle est celle d'une tumeur fibreuse, très-peu dépressible au doigt et très-indolente.

Opération. — Une incision est pratiquée à la base de la tumeur d'un côté à l'autre ; la peau est disséquée à la manière de deux valves, de façon à découvrir successivement la tumeur en avant et en arrière.

Cette dissection se fait aisément et rapidement, surtout dans les points où, ayant pénétré dans le kyste qui enveloppe la tumeur, cetto tumeur s'énuclée avec une grande facilité. L'opération est terminée en quelques instants. Ce kyste est fibreux, blanchâtre, et se distingue des tuniques scrotales en dedans d'elles par son épaisseur même et sa blancheur.

Réunion avec des serre-fines, laissant à un angle du scrotum une sorte d'hiatus placé dans le point déclive pour l'écoulement du pus, dont la formation est probable à raison des lambeaux du kyste qui n'ont pas été enlevés.

La tumeur présente, comme vous voyez, une surface lisse, grisâtre, avec une légère teinte jaune. Elle crie sous le scalpel. En la fendant en deux par une incision longitudinale, on y constate une disposition fibrée qui n'offre cependant pas une grande régularité. En la râclant et en la pressant, on en fait sortir une espèce de liquide blanchâtre qui rappellerait celui du squirrhe. En somme, c'est l'aspect d'une tumeur fibreuse en voie de ramollissement. Elle a été examinée par M. Cornil, qui a bien voulu nous transmettre la noto suivante :

Le liquide que l'on obtient en râclant la tumeur avec un scalpel,

est constitué par des globules sanguins, des débris de fibres; en aucun point on no trouve des cellules épithéliales volumineuses.

En examinant des coupes minces de la tumeur, on voit des fibres qui s'entre-croisent dans toutes les directions. Ces fibres sont assez transparentes et contiennent des noyaux volumineux. En certains points, surtout dans des îlots circonscrits par des fibres, on trouve un grand nombre de noyaux réunis; dans d'autres points, au milieu des tractus fibreux les plus considérables, on rencontre un grand nombre de fibres élastiques fines.

Les noyaux observés dans cette tumeur mesurent de 4 à 6 dix-millièmes de millimètre; quelques-uns sont plus volumineux, granulés et vésiculeux. Enfin, on trouve des cellules granuleuses et arrondies ayant environ 8 à 10 millièmes de millimètre, et qui contiennent un noyau.

En résumé, il s'agit d'une tumeur fibreuse, *mixoma fibrosum*. (Wirchow, *Des tumeurs fibreuses*, 1er volume, 1863, 15me leçon.)

— M. MOREL annonce que son malade amputé il y a six semaines pour un *ostéosarcome du tibia*, est sorti guéri de l'hôpital.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

Séance du 21 avril 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin médical du nord de la France*. — Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*.

— M. CIVIALE adresse à la Société son *Discours* prononcé à l'ouverture des conférences cliniques de l'hôpital Necker (1864).

— M. RICHET remet, au nom de M. le Dr Chairou (de Rueil), un Mémoire intitulé : *Etudes cliniques sur les tumeurs fibreuses de la fosse iliaque*. (Commissaire, M. Huguier.)

DISCUSSION.

Thérapeutique des polypes du larynx.

M. VERNEUIL. Cette discussion soulève des questions du même ordre que pour la taille et la lithotritie, pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens avec ou sans opération préliminaire. C'est, dans tous ces cas, le même problème ; faut-il arriver au corps étranger, à la production anormale par une voie artificielle, ou bien faut-il l'atteindre par les voies naturelles? Les deux méthodes sont en présence; il serait temps, je crois, de chercher à préciser leurs indications respectives.

Il est bien certain qu'on peut enlever des polypes du larynx par les voies naturelles, quand la tumeur est petite, mobile, pédiculée. Agir autrement serait un remède pire que le mal; et d'ailleurs le but du chirurgien est alors de rétablir les fonctions vocales, qui seraient très-compromises ou complétement abolies par une opération sanglante. Mais quand il y a des polypes multiples ou des tumeurs volumineuses dont le point d'insertion ne peut être exactement déterminé d'avance, je crois que l'ouverture artificielle est justifiée.

On n'ignore pas combien l'extirpation naturelle a été difficile dans quelques cas ; ce n'est qu'après des essais renouvelés pendant près de deux mois que V. de Bruns parvint à opérer son frère. Jugez de la difficulté s'il fallait renouveler ces tentatives pour des végétations multiples ! D'ailleurs, dans les cas dont je viens de parler, l'indication dominante est de sauver la vie, sans tenir compte des fonctions vocales.

M. Trélat a dit qu'on ne peut ouvrir une voie artificielle aussi large que les voies naturelles, c'est vrai. Cependant, il faut tenir compte de la longueur de l'une et de l'autre, et il pourra se trouver qu'une voie plus étroite mais beaucoup plus courte soit plus facilement franchie qu'une autre plus large, mais en même temps plus longue.

Il semblerait, d'après les paroles prononcées par M. Trélat, que M. Debrou n'était pas pleinement autorisé à faire l'opération préliminaire qu'il a pratiquée. Je ne veux pas entrer dans la discussion des détails ; d'ailleurs M. Debrou a lui-même répondu aux objections qui lui avaient été faites. Tout ce que je puis dire ici, c'est qu'en face d'un cas semblable j'opérerais, comme M. Debrou, par une voie artificielle, car j'ai peine à croire qu'on pût réussir à porter une chaîne d'écraseur sur la base si large d'une pareille tumeur.

J'arrive maintenant à la trachéotomie envisagée comme opération adjuvante. On peut la pratiquer à plusieurs périodes :

1° Préventivement, comme l'a fait M. Ehrmann ;

2° On peut être forcé d'y avoir recours séance tenante, pour combattre des accidents imminents de suffocation ;

3° Elle peut être consécutive comme dans le cas de M. Gurdon Buck.

Enfin, on pourrait indiquer une quatrième espèce, pour le cas où la trachéotomie servirait à ouvrir une voie vers un polype situé très-bas dans le larynx ou au commencement de la trachée.

Je comprends bien que M. Ehrmann ait fait la trachéotomie dans le cas particulier qu'il a observé ; il y avait là une indication pressante. Je comprends encore qu'on puisse y être amené dans des conditions spéciales, comme cela est arrivé à M. Gurdon Buck, mais en dehors de ces circonstances la trachéotomie ne me paraît plus indiquée ; c'est une opération qu'il ne faut pas faire sans nécessité absolue, car elle est loin d'être sans danger. Il semble même, d'après les faits, que la laryngotomie est moins grave.

En résumé, je dirai qu'une opération préliminaire est indiquée quand les polypes du larynx sont nombreux, volumineux, ou que leur insertion dépasse les cordes vocales supérieures.

De toutes les opérations préliminaires, les meilleures sont la laryngotomie sous-hyoïdienne et la laryngotomie thyroïdienne.

Je regarde la trachéotomie comme inutile en dehors des cas analogues à ceux de MM. Ehrmann et Gurdon Buck.

M. TRÉLAT. La réponse un peu étendue que je dois faire à M. Debrou me permet d'être court sur les observations présentées par M. Verneuil.

Comme lui, je pense qu'un certain nombre de cas réclament la création d'une voie sanglante ; je les énumérerai plus loin. On peut donc dès maintenant poser des indications assez nombreuses pour l'une et l'autre méthode. Ces indications, il est vrai, reposent sur un petit nombre de faits ; aussi quelques-unes d'entre elles peuvent encore être discutées. Par exemple, le volume de la tumeur. J'ai déjà dit que ce volume me paraissait favorable à l'extirpation par la bouche ; au contraire, M. Verneuil le considère comme nécessitant la laryngotomie. Nous nous séparons sur ce point particulier ; aussi apprécions-nous chacun d'une manière différente le choix de la méthode opératoire dans le cas que nous discutons.

Ayant à revenir sur tous les détails en litige, je n'insiste pas davantage, et je réponds à la lettre de M. Debrou.

J'ai hâte d'éclaircir tout d'abord un point délicat. Notre collègue s'est montré surpris que j'eusse demandé la parole sur son travail, lui absent et ne pouvant me répondre.

Cette surprise est sans motif. M. Debrou est notre collègue ; ses

communications ne peuvent être l'objet d'un rapport, elles appartiennent à la discussion. J'ai donc usé du droit le plus légitime, et j'en ai usé avec toutes les précautions nécessitées par l'absence du collègue que j'argumentais. J'avais admis l'hypothèse que des explorations et des tentatives non mentionnées dans l'observation avaient pu être faites ; mes paroles étaient rédigées d'avance, pour que leur audition et leur lecture fussent identiques. Là où M. Debrou n'a vu qu'un soin exagéré de votre secrétaire pour son propre discours, il aurait dû voir une marque de convenance et la prévision d'une réponse.

Celle-ci n'a pas manqué, et son étendue montre si j'avais eu tort de demander à notre collègue de nouveaux arguments en faveur de la conduite qu'il a tenue.

Permettez-moi d'examiner ces arguments.

Je serais, dit M. Debrou, depuis longtemps partisan presque exclusif de l'ablation des polypes laryngiens par les voies naturelles. Je chercherais alors à faire prévaloir une idée systématique et non à discuter la chose la plus importante de toute thérapeutique, l'indication ; ma critique perdrait tout crédit à vos yeux.

Je n'ai jamais rien dit qui permît cette supposition. J'ai adressé à M. Follin, quand il nous présenta pour la première fois son malade, une question mal reproduite dans nos Bulletins. Je lui demandais si on ne pourrait pas tenter l'opération par la bouche. M. Follin me répondit qu'il avait essayé, qu'il ne demandait pas mieux que d'essayer encore, mais qu'il désespérait du succès par cette méthode. Je me tins pour satisfait. De ce que le polype observé par M. Follin était petit, que celui de M. Debrou était gros, et que dans les deux cas, quoique d'une manière fort différente, j'ai proposé ou défendu l'opération par la bouche, notre collègue d'Orléans conclut que je parais disposé à repousser toujours la laryngotomie et à ériger l'opération par les voies naturelles en méthode exclusive et unique.

Grande erreur ! Il se peut que malgré des tentatives habiles et patientes, le chirurgien se trouve dans l'impossibilité matérielle d'enlever la tumeur par la bouche, qu'il échoue, et soit ainsi conduit à une autre méthode. Des accidents de suffocation ou d'asphyxie pressants et graves peuvent lui enlever le choix de la méthode et lui imposer d'ouvrir incontinent le larynx. Enfin, la forme et la nature des tumeurs sont une source nouvelle d'indications où la laryngotomie a sa part. Ces tumeurs sont simples ou rameuses, ou encore multiples, molles, s'arrachant en parcelles ténues au moindre contact, ou bien encore elles s'implantent par des racines plus ou moins profondes dans l'épaisseur des tissus. Est-il besoin de dire que chaque fois

qu'une dissection minutieuse sera nécessaire, chaque fois qu'il y aura lieu de faire des ablations répétées, suivies ou non de cautérisation, l'ouverture du larynx sera parfaitement indiquée? Il y a donc, comme le dit M. Debrou, des tumeurs du larynx qui réclament absolument une opération à travers le cou; en cela, nous sommes d'accord.

Mais s'est-il trouvé en face de l'une quelconque de ces indications? Nullement. Il ajoute, il est vrai, dans sa réponse, que le soulèvement de la tumeur par une érigne ou une pince de Museux déterminait une imminence d'asphyxie et d'étranglement causée par la déformation du larynx. Dans l'observation, ces mêmes phénomènes sont signalés, mais seulement à l'instant où, pendant l'opération, la tumeur fut entraînée à travers l'ouverture sous-hyoïdienne, ce qui se comprend parfaitement. Au contraire, pendant les explorations, la tumeur pouvait être attirée vers la bouche sans que le chirurgien pût discerner si l'élévation du larynx était causée par cette manœuvre ou par les mouvements de régurgitation qu'elle occasionnait.

Entre ces deux versions, il y a une notable différence; et si cette imminence d'asphyxie a été constatée pendant les recherches exploratrices, elle valait assurément la peine d'être signalée, et faisait d'ailleurs surgir une indication nouvelle, celle d'assurer la respiration pendant toute la durée des manœuvres opératoires, quelle que fût leur nature. La trachéotomie se présentait alors à l'esprit, non comme complément inutile, mais comme premier temps nécessaire de l'opération.

Il suffit, au reste, de rappeler les paroles de M. Debrou pour montrer que la suffocation n'était guère menaçante. Je saisis, dit-il, la tumeur avec une érigne remplacée elle-même par une pince de Museux, et pendant que je l'attirais ainsi d'une main au fond du gosier, au-dessus de la base de la langue, avec le doigt indicateur de l'autre main, j'essayai de la contourner et de reconnaître son implantation.

Et ces explorations déterminent-elles des accidents ou les font-elles craindre? Il n'en est pas question; elles établissent la dureté de la tumeur, son volume apparent, son siége, et laissent seulement dans l'incertitude la limite inférieure de son implantation.

Mais outre que la symptomatologie fournissait déjà des données de la plus haute importance sur cette limite inférieure, elle pouvait être recherchée, comme je l'ai dit, et je ne suis nullement convaincu par les fins de non-recevoir que m'adresse M. Debrou.

On ne pouvait donc argüer de l'incertitude du diagnostic. Celui-ci avait au contraire une assez grande précision. On reconnaissait une tumeur fibreuse dure, ayant le volume d'une grosse noix, et insérée sur le repli ary-épiglottique au-dessus de la glotte.

Le volume était considérable, il est vrai, de nature à rendre l'opération délicate, peut-être difficile; mais puisque M. Middeldorpf a eu l'habileté de réussir en pareil cas, je suis convaincu que M. Debrou ne se fût pas montré moins habile s'il avait essayé. A ce propos, M. Debrou me gourmande parce que j'ai comparé ces deux faits, que j'ai montré leur analogie; il rappelle que le polype de son malade avait 4 centimètres de long et 3 centimètres de large; celui de M. Middeldorpf avait 44 millimètres de longueur sur 21 millimètres de largeur; l'un s'insérait par en bas à 2 ou 3 millimètres au-dessus de la corde vocale inférieure, l'autre juste au-dessus de la corde vocale supérieure. Sans doute ces deux faits ne sont pas identiques, mais ils sont bien voisins, et notre collègue se montre singulièrement difficile en fait de ressemblance.

J'arrive à un autre argument, capital, fondamental, et qui, figurant à ce titre dans la réplique, avait été complétement oublié dans le premier exposé des motifs. M. Debrou a choisi la voie artificielle parce que, craignant la possibilité d'une récidive, il voulait être sûr d'enlever la totalité de la tumeur. Il nous cite à ce propos l'exemple des polypes naso-pharyngiens, et insiste sur la nature du polype qu'il a enlevé, et qui, fibreux comme les précédents, devait sans doute avoir les mêmes tendances à repulluler en cas d'ablation incomplète.

Jusqu'à nouvelle information, je ne partage pas les craintes de M. Debrou sur la récidive des polypes fibreux du larynx; elles ne s'appuient sur aucune observation. Mais admettons que cette récidive fût à craindre, admettons que le fibrome eût des racines profondes dans les tissus, était-ce alors la chaîne de l'écraseur qu'il fallait employer? N'aurait-il pas été nécessaire au moins, à l'exemple de M. Gurdon Buck et de M. Bœckel, que cite M. Debrou sans connaître son observation, de prévoir et de ménager la possibilité de cautérisations plus ou moins profondes, chose que repousse d'avance notre collègue? Mais non, dans le cas actuel, la chaîne de l'écraseur porté par la bouche, ou l'anse galvano-caustique, eussent pédiculisé la tumeur à son point d'implantation, comme cela a été observé pour nombre de tumeurs à large base.

J'ai dit que la crainte de la récidive ne s'appuie sur aucune observation. M. Debrou, confondant le pronostic des fibromes avec celui des hypertrophies épithéliales ou papillaires, me conseille de relire dans la *Gazette hebdomadaire* le conseil formel d'une ablation complète que M. Verneuil donnait à M. Thomas (de Reims), et la preuve d'une récidive chez le malade de M. Middeldorpf.

Le malade de M. Thomas avait soixante ans. Il maigrissait sensiblement et avait une tumeur de la face postérieure de l'épiglotte, ana-

logue à un chou-fleur ; une petite granulation sur la corde vocale droite, une saillie pédiculée dans l'intervalle des deux cordes vocales ; un peu plus tard, cette dernière saillie augmentait de volume et de longueur. Il paraissait probable à M. Verneuil qu'on n'avait point affaire à une tumeur fibreuse enkystée, mais à une tumeur papillaire ou à une hypertrophie glandulaire. En conséquence, disait-il très-judicieusement, il importe beaucoup que M. Thomas pratique l'extirpation d'une manière complète s'il veut s'assurer contre les chances d'une récidive. Je suis complétement de cet avis.

Quant au malade de M. Middeldorpf, on le croyait atteint d'une tumeur carcinomateuse ; celle-ci était d'un rose jaunâtre, avec quelques petits foyers sanguins. On découvrit au microscope des cellules à noyau, rondes, grandes et pâles ; d'autres granuleuses, enfin des corpuscules fusiformes à différents degrés. Dix-huit mois après l'opération, le malade rendit quelques fragments de nature semblable à celle de la tumeur, ce qui ne l'empêchait pas d'être dans un état de santé très-satisfaisant en 1861, huit ans après l'unique opération qu'il eût subie.

Allons au fond de ces faits : le premier est des plus incomplets ; il se résume dans une appréciation exacte et un conseil utile de M. Verneuil, mais tout se borne là ; nous ignorons la suite de l'observation. Pour le second, il faut se souvenir que le chirurgien de Breslau opérait en 1853, avant le laryngoscope, avant les travaux récents sur les tumeurs laryngées ; qu'il avait peut-être agi avec une timidité facile à comprendre, et avait fait une section incomplète. Quand bien même tout cela serait justifié, le résultat final est-il donc si décourageant qu'il faille se garder de suivre un pareil exemple ? Je vous laisse le soin d'en décider.

Je n'ignorais ni l'un ni l'autre de ces faits, je n'aurais jamais eu la témérité de m'aventurer dans cette discussion sans en connaître les éléments ; mais, en vérité, j'étais loin de soupçonner que M. Debrou, s'égarant pour la seconde fois dans l'appréciation des caractères que présentent les polypes fibreux du larynx, évoquerait un si fragile argument.

Et d'ailleurs, c'est mettre le char devant les bœufs que de faire de cette crainte de la récidive la première de toutes les indications. Il y en a une autre bien plus pressante, celle de rétablir la déglutition et la respiration. Voilà un danger imminent ; le malade râle, sa gorge siffle, il ne peut plus se nourrir, il a parfois des accès d'étouffement cyanique à croire qu'il va succomber, et vous vous préoccupez de la récidive ! Il pourrait en être ainsi, je le conçois, si l'expérience et l'observation avaient prononcé, si elles avaient montré que les tu-

meurs du larynx repullulent fréquemment après une ablation incomplète ; mais l'une et l'autre sont absolument silencieuses pour les polypes fibreux, et ne fournissent pour les hypertrophies muqueuses qu'un seul fait, dont le dénoûment est en somme des plus heureux.

Les troubles mécaniques occupent en général, avec une intensité variable, le premier plan dans le tableau symptomatique des polypes laryngiens ; c'est sur eux que se portent de prime abord, et cela plus ou moins tôt, suivant leur siége, l'attention du malade et celle du chirurgien. Pour ce motif, parce que ces troubles tiennent le premier rang et méritent les premiers soins, j'ai pu dire, dans un cas donné, qu'il suffirait d'enlever la partie saillante d'un polype de petit volume. Cette phrase est précieusement recueillie par M. Debrou, et prouve, suivant lui, à quel degré je pousse la négligence et l'oubli en fait de récidive. Assurément, en écrivant ces lignes, notre collègue n'avait pas présents à l'esprit les faits de V. de Bruns, ceux de M. Fauvel, de M. Ozanam, de M. Moura-Bourouillou, où la partie saillante des tumeurs a seule été réséquée. Dans quelques-uns, on pouvait même apercevoir une petite partie du pédicule après l'opération. Les malades s'en sont-ils trouvés plus mal ? Ont-ils été victimes de cette récidive si redoutable ? On ne l'a pas dit, et il est certain que cela n'est pas, au moins pour les opérés de M. de Bruns.

Est-ce à dire que je ne tiens aucun compte des chances de récidive et des indications spéciales qu'elles fournissent ? Loin de là ; mais je veux qu'elles soient appréciées à leur juste valeur, suivant la nature des tumeurs, et qu'on cesse d'en faire un épouvantail inutile en face de procédés opératoires dont le seul inconvénient serait d'être insuffisants ou irréalisables dans certains cas, sans jamais compromettre l'avenir.

Après avoir répondu aux nouveaux arguments de M. Debrou, je voudrais glisser sur diverses allégations qui les accompagnent. Il en est deux cependant que je ne puis laisser subsister.

M. Debrou pense que si je fais peu de cas de l'hémorrhagie et de la résistance de la tumeur, c'est probablement que je n'ai pas encore eu à opérer des polypes du larynx dans toutes les conditions possibles. J'ai déjà dit, dans mes premières observations, que l'hémorrhagie a été nulle dans les opérations de H. Green, de Langenbeck, dans la mienne ; j'ajoute qu'elle a été insignifiante même lorsqu'on a enlevé des polypes muqueux, toujours plus vasculaires que les fibromes, comme dans les cas de Bruns. Quant à la résistance de la tumeur, j'en avais dit mon opinion : M. Debrou s'est servi d'un mauvais instrument, ou bien il a voulu agir avec une extrême lenteur. Cette opinion, je la garde jusqu'à ce que notre collègue me réponde que

l'instrument était bon et qu'il a été manœuvré aussi rapidement que possible.

Ce n'est donc pas par défaut d'expérience personnelle que j'ai repoussé ces deux causes de difficulté : hémorrhagie et dureté de la tumeur, mais par l'expérience des faits connus. J'ai traité un malade, M. Debrou en a traité un aussi. Sous ce rapport, nous sommes à point égal ; l'un et l'autre, nous ne pouvons combler cette pénurie bien naturelle pour des faits si rares qu'en faisant appel à l'observation d'autrui.

Mon honorable contradicteur dit encore que j'ai inexactement apprécié les motifs qui ont porté MM. Prat et Follin à faire la laryngotomie, que dans ces cas le polype pouvait être atteint, et que cependant les deux chirurgiens ont choisi la voie sanglante. M. Debrou, prenant au sens littéral le mot atteindre, ne m'a pas compris, et cependant j'avais clairement indiqué ma pensée. Peut-être, disais-je quelques lignes plus haut, à l'exemple de M. Prat et de M. Follin, n'est-il (M. Debrou) arrivé à l'idée d'une opération sanglante qu'après des essais infructueux par les voies naturelles.

Je me trompais, ces essais n'avaient point été faits ; c'est là mon objection, et j'y attache une haute importance. M. Follin avait fait des tentatives et n'avait pas réussi à saisir le polype ; il ne demandait pas mieux que d'essayer encore. M. Prat échoue dans toutes ses tentatives pour saisir et fixer la tumeur, il parvient seulement à la scarifier légèrement ; les accidents augmentent, le chirurgien se décide à tenter la laryngotomie. M. Bœckel ne se borne pas à des essais, il enlève par la bouche une tumeur ; mais celle-ci est friable, elle a été déchirée, d'ailleurs elle n'est pas solitaire ; il en vient alors à la laryngotomie, ce dont je l'approuve complétement.

Ainsi, tous ont tenté d'opérer par les voies naturelles ; l'impossibilité de réussir ou l'insuffisance de l'opération ont été bien constatées, et alors, mais seulement alors, le larynx a été ouvert. C'est ainsi, suivant moi, qu'aurait dû procéder M. Debrou ; je lui ai reproché de ne l'avoir point fait, et cette objection garde toute sa valeur en présence des exemples que je viens de rapporter.

Un dernier mot et je termine. M. Debrou dit que j'ai fait de grands efforts pour le critiquer. S'il entend par là que j'ai apporté quelque soin à formuler mes objections, je le remercie de cet éloge. Mais s'il veut dire que j'ai agi de parti pris, avec l'intention arrêtée de faire prévaloir une opinion préconçue, il se trompe. Je n'ai pas l'honneur de connaître M. Debrou, je sais qu'il est notre collègue, qu'il exerce avec distinction la chirurgie à Orléans ; sur un point de pratique chirurgicale j'ai été d'un avis différent du sien et je l'ai dit. Quoi de

plus simple, dans une Société qui vit de discussions et où tous les membres sont passibles de la discussion ?

RAPPORT.

M. GIRALDÈS fait un rapport verbal sur la note de M. le docteur Gaillard (de Saint-Julien-le-Petit), intitulée *Procédé pour provoquer l'adhésion de la paroi d'un kyste du foie ou de l'ovaire avec celle de l'abdomen, ou tout au moins la maintenir en contact parfait avec elle pendant le séjour de la sonde à demeure.*

Voici comment M. Gaillard décrit son procédé :

« Avec une espèce d'alène à courbure ou coude approprié, et munie d'un chas près de sa pointe, on ferait une ponction et une contre-ponction dans les points choisis ; on passerait dans le chas un cordonnet de soie ou de caoutchouc, puis on retirerait l'instrument ainsi chargé.

» On aurait alors une petite plaque de bois ou de métal, étroite, rigide, un peu plus longue que l'espace compris entre les points de ponction et de contre-ponction, et présentant une petite encoche à chacune de ses extrémités.

» Mise en place suivant la direction du cordonnet, on ferait sur elle, dans le sens de sa longueur, une ligature qui devrait être assez fortement serrée, afin de tendre le plus possible la portion de cordonnet traversant la poche kystique.

» Une deuxième et pareille ligature serait appliquée de la même manière sur le milieu de la première, et perpendiculairement à elle.

» Il me semble que, par ce moyen, toute la portion de paroi kystique saisie serait exactement appliquée, et à plat, contre la paroi correspondante de l'abdomen. Elle serait, en effet, comme poussée d'arrière en avant par la tension de l'arc postérieur du cordonnet, et non froissée et étreinte comme dans un nœud, grâce à la longueur de la petite plaque rigide, qui, dépassant les points d'entrée et de sortie du cordonnet, en supporterait presque seule toute l'action constrictive.

» Si on craignait qu'une adhérence suffisamment solide ne fût pas obtenue au bout d'un certain temps, on pourrait, dès que ce petit appareil serait appliqué, faire une ponction avec un trocart dans un des angles, près de l'entre-croisement des plaques, et laisser une sonde à demeure qui ne courrait plus la chance d'être abandonnée par la paroi du kyste. »

Nous ne savons rien, ajoute M. Giraldès, sur la valeur clinique de ce procédé, qui jusqu'ici est une simple conception théorique. Peut-

être M. Gaillard se préoccupe-t-il trop de déterminer l'adhérence des parois entre le kyste et l'abdomen, car la règle est que la ponction ne détermine pas d'épanchement dans l'abdomen. Tout au moins ce fait est-il parfaitement établi pour les kystes de l'ovaire; il n'est pas un de nous qui n'ait fréquemment ponctionné ces kystes sans crainte d'épanchement abdominal.

COMMUNICATIONS.

Enchondrome du fémur; désarticulation de la cuisse; guérison. — M. GAMGEE achève la communication qu'il avait commencée dans la séance précédente; il présente en même temps à la Société deux photographies de son opéré, avant l'opération et après la guérison, puis la tumeur remarquable qu'il a enlevée. Celle-ci est un énorme enchondrome périostal, paraissant envelopper le fémur depuis le voisinage de l'extrémité supérieure jusqu'aux condyles.

Pendant l'opération, le membre dut être supporté, à cause de son poids excessif (49 kilogr.), par un système de moufles attaché au plafond.

La compression de l'aorte, faite avec un instrument analogue au compresseur de Signorini, donna les meilleurs résultats et permit de prévenir l'hémorrhagie, qui fut très-peu considérable.

M. CHASSAIGNAC. Je désirerais connaître les raisons qui ont éloigné M. Gamgee de faire la ligature préalable de l'artère fémorale ou de la terminaison de l'iliaque. Il me semble qu'en face d'une pareille opération, j'aurais eu beaucoup de peine à ne pas me donner cette chance de sécurité.

J'aurais désiré qu'on pût fendre cette tumeur pour étudier ses rapports intimes avec l'os; la pièce ne serait pas endommagée et on apprécierait mieux l'état des choses.

M. GUERSANT. Je rappellerai qu'il y a dix ou douze ans j'ai fait voir à la Société une tumeur de la même nature et presque aussi grosse que celle-ci; je l'avais enlevée sur un enfant de quatre ans, qui fut malheureusement pris de la petite vérole et succomba trente-deux jours après l'opération.

M. CLOQUET. Je me souviens d'avoir enlevé il y a longtemps, avant 1830, une tumeur adhérente au sternum, et dont le volume était considérable; elle s'étendait dans toute la hauteur de l'os. Le malade guérit, il put même se marier; mais au bout de trois ans il y eut une récidive, et l'opéré succomba.

M DOLBEAU. Je pense que cette tumeur provient du périoste et non de l'os lui-même. Si telle était l'origine, le tissu osseux aminci

se serait certainement rompu sous un poids aussi considérable ; or il n'en est rien.

M. Gamgee a parlé du cas observé par Crampton. La tumeur était plus volumineuse (elle avait 2m 15 de circonférence) que celle que nous avons sous les yeux ; le volume était plus considérable aussi chez cet homme, dont Lugol nous a laissé l'histoire. Cet individu, qui faisait métier de se montrer dans les foires, était connu sous le nom d'*homme ballon ;* sa tumeur avait 1m 75 de circonférence. Dans aucun de ces cas, on n'opéra les malades. M. Gamgee a le mérite d'avoir le premier osé opérer un enchondrome aussi volumineux. Je le félicite de cette heureuse hardiesse, qu'on devrait imiter plus souvent, car ces tumeurs ne récidivent pas. J'ajouterai même que la récidive et l'absence d'examen microscopique me porteraient à croire que la tumeur enlevée par M. Cloquet n'était pas un enchondrome.

M. GAMGEE. Je n'avais pas voulu altérer la pièce avant de la présenter à la Société de chirurgie, mais je suis tout disposé à l'ouvrir pour reconnaître les rapports du néoplasme avec l'os.

Quant aux ligatures préalables, j'ai reconnu depuis longtemps qu'elles sont, dans certains cas, inutiles ; dans d'autres, insuffisantes. Je n'y ai pas recours à cause de cette double raison. J'avais d'ailleurs expérimenté à plusieurs reprises la compression de l'aorte, et je m'étais convaincu de son efficacité ; elle ne nous a pas fait défaut, un de mes collègues la surveillait spécialement pendant l'opération ; aussi la perte de sang a-t-elle été insignifiante.

M. VERNEUIL. Dans une amputation que j'ai eu occasion de pratiquer à la partie supérieure de la cuisse, pour un ostéosarcome du fémur, quoique j'eusse des aides excellents et très-attentifs, que j'eusse fait la ligature de la fémorale au moment même de sa section par le couteau, le malade perdit une énorme quantité de sang par la partie postérieure de la plaie ; il fut profondément anémié, et succomba au bout de quarante jours. Je m'étais promis, si j'avais à refaire cette opération, d'agir à petits coups, comme lorsqu'on enlève une tumeur, et de lier successivement tous les vaisseaux qui se présenteraient sous le bistouri. Je n'avais jusqu'ici pas grande confiance dans la compression de l'aorte ; mais voici un fait très-encourageant et très-démonstratif.

M. RICHET. Cette question de la ligature préalable des artères des membres a déjà été portée devant la Société il y a une dizaine d'années, à l'occasion d'un rapport que je fis sur un travail de M. Richard. J'étais arrivé à cette conclusion que pour l'épaule on peut se passer de la ligature de la sous-clavière ; je citais deux faits où la désarti-

culation de l'épaule pour des tumeurs volumineuses ou vasculaires avait pu être terminée sans hémorrhagie importante et sans ligature préalable.

Mais la question est bien plus simple pour la racine du membre inférieur. Il n'est pas bien difficile de maîtriser promptement le flot de sang qui s'échappe de la fémorale au moment de sa section ; mais c'est l'ischiatique, la fessière et leurs nombreuses branches qui fournissent en abondance. Or la ligature préalable de la fémorale n'agirait en aucune façon sur le débit de ces artères, qui naissent de l'hypogastrique ; il faut donc renoncer à cette pratique.

Quant à la compression de l'aorte, je rappellerai que M. Nélaton l'a mise en usage sur un malade atteint d'anévrysme de l'artère ischiatique, dans lequel il fit une injection de perchlorure de fer ; la compression réussit parfaitement à interrompre la circulation ; la tumeur ne battait plus, et l'opération put se faire dans ces conditions favorables. Voilà donc deux faits qui déposent en faveur de la compression de l'aorte ; aussi je crois que c'est à ce procédé qu'il faudrait avoir recours pour la désarticulation coxo-fémorale ou les amputations de la cuisse très-près de l'article.

M. Dolbeau a dit que les enchondromes ne récidivaient pas ; mais la Société peut se souvenir du fait que je lui ai communiqué, où, comme dans l'observation de Paget, il y eut une généralisation du tissu chondroïde dans toute l'étendue des poumons. S'il est vrai qu'en général l'enchondrome ne se généralise pas et ne se reproduit pas, il peut parfois se comporter comme les tumeurs les plus malignes. Je ne crois donc pas que la récidive observée par M. Cloquet chez son malade permette de dire qu'on n'avait pas affaire à un enchondrome.

M. HOUEL. La compression de l'aorte vient encore d'être employée tout récemment par M. Nélaton pour un nouveau cas d'anévrysme de l'ischiatique ; elle a bien réussi, mais elle a l'inconvénient d'être douloureuse pour le malade.

M. GAMGEE. J'ai constaté aussi que la compression est douloureuse ; mais je ferai observer qu'en général elle n'est pas maintenue pendant très-longtemps, et que d'ailleurs ses autres avantages compensent amplement cet inconvénient.

M. MOREL-LAVALLÉE communique l'observation détaillée qu'il avait citée dans la séance précédente.

Abcès sous-pectoral ; hémorrhagies graves dans le foyer ; guérison.

Jean R..., cinquante et un ans, entré le 18 février 1864, 2e pavillon, nº 45, hôpital Beaujon, service de M. Morel-Lavallée. Pas d'an-

técédents pathologiques, bonne constitution. Trois mois avant l'entrée à l'hôpital, douleurs vagues au côté gauche de la poitrine et à l'épaule; les douleurs s'exagèrent, s'accompagnent de fièvre; le malade entre à l'hôpital. Placé d'abord dans un service de médecine, on lui applique quinze sangsues.

Le lendemain, 19 février, le malade passe dans le service de M. Morel, qui reconnaît les signes probables d'un abcès sous le muscle grand pectoral. Cependant, il attend au lendemain pour achever les explorations.

Les accidents généraux ont pris de l'intensité : fièvre ardente, perte d'appétit, constipation, insomnie. — Une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 20 février, l'état du malade devenant de plus en plus grave, M. Morel-Lavallée se décide à faire avec le bistouri une ponction. Cette ponction est pratiquée au milieu d'une ligne qui descendrait de l'articulation sterno-claviculaire au mamelon.

De cette incision, qui a dû être très-profonde, sort une quantité considérable d'un pus phlegmoneux. Le pus sort comme d'un puits, et le chirurgien, introduisant l'indicateur dans l'ouverture qu'il a pratiquée, trouve un vaste foyer qui s'étend jusqu'au creux de l'aisselle et qu'il est impossible de vider par la première incision ; aussi une contre-ouverture est-elle immédiatement pratiquée à la partie la plus déclive de la poche, c'est-à-dire dans le creux axillaire, derrière son bord antérieur, à 7 ou 8 centimètres de la première. Un séton est introduit dans ces deux ouvertures. — Cataplasmes, bouillons et potages; potion avec 30 gr. de sirop de morphine.

Il n'y a aucune hémorrhagie après cette opération.

Le 21, l'amélioration est considérable, les accidents généraux ont presque disparu; le malade demande à manger. Le foyer purulent se vide bien. — On continue les prescriptions de la veille, en ajoutant une portion d'aliments.

Le 22, le malade va de mieux en mieux. — Régime fortifiant.

Nous ne suivrons pas le malade jour par jour, dans ce que nous pouvons appeler dès maintenant la convalescence.

L'abcès, visité chaque matin, n'a jamais rien présenté d'inquiétant. La suppuration est un peu abondante, mais de bonne nature; le foyer se vidant parfaitement, l'engorgement circonvoisin a disparu; les mouvements reviennent graduellement.

Le 8 mars, la suppuration est presque nulle; les deux incisions commencent à se cicatriser.

Le lundi 14, quelques gouttes de pus à peine s'écoulent des deux incisions; le malade doit sortir demain.

Le 15, à la visite, on apprend que dans la soirée d'hier une hémorrhagie spontanée et assez abondante a eu lieu dans le foyer, qui paraissait à peu près cicatrisé. L'interne de garde s'en est rendu maître au moyen de la compression ; elle paraît arrêtée pour le moment ; on laisse en place le pansement, qui, grâce au sang coagulé, bouche parfaitement les orifices et évite des manœuvres qui ne seraient pas sans danger pour le malade. Un repos absolu est prescrit.

Le 16, l'hémorrhagie a recommencé et continue avec assez d'intensité ; le foyer, ne communiquant avec l'extérieur que par d'étroites incisions, ne permet pas de constater si l'hémorrhagie est artérielle ou veineuse. On ne peut rien conclure non plus de la couleur du sang, qui séjourne assez longtemps dans le foyer avant de s'échapper à l'extérieur.

Le malade s'affaiblit visiblement. En présence d'un danger imminent, M. Morel-Lavallée se décide à tamponner les deux ouvertures du foyer avec de la charpie imbibée de perchlorure de fer. Pour tenter la ligature des vaisseaux, il faudrait pratiquer des incisions énormes, dont on n'est pas sûr de profiter, l'hémorrhagie pouvant se faire en nappe. M. Morel-Lavallée prescrit en outre une potion au perchlorure de fer.

Le 17, une tumeur énorme occupant la place et l'étendue de la tumeur primitive, mais beaucoup plus considérable, annonce que l'hémorrhagie a continué et que le sang s'est épanché dans l'ancien foyer, dont il distend les parois d'une façon prodigieuse.

M. Morel-Lavallée laisse l'ancien pansement, espérant que le sang, en se coagulant à l'intérieur, va mettre fin à l'hémorrhagie. Le malade est excessivement faible. Il se plaint de la gêne de la respiration sous le bandage, qui ne saurait agir qu'en comprimant la poitrine.

Le 18, l'hémorrhagie paraît complétement arrêtée ; les choses sont maintenues dans le même état. — Bouillon, potages.

Le 20, le pansement est mouillé d'un liquide séro-purulent provenant probablement des caillots qui se résorbent. La tumeur semble avoir diminué de volume.

Le 22, le malade se plaignant de l'odeur infecte qu'exhale le pansement, on se décide à nettoyer le foyer, avec une grande précaution toutefois.

Le foyer est débarrassé d'une énorme quantité de caillots et nettoyé avec de l'eau chlorurée.

Il n'y a plus de signes d'hémorrhagie ; le malade éprouve un très-grand soulagement ; un liquide séro-purulent continue à s'écouler au dehors.

Pansement simple. Régime fortifiant. Continuation de la potion au perchlorure.

Le 24, rien de nouveau dans l'état du malade. La tumeur est complétement dissoute. Une faible suppuration s'est rétablie.

Le 1er avril, le malade est en pleine convalescence.

Le 7, le malade passe quelques jours chez lui, à cause de nombreux érysipèles qui règnent dans le service, en attendant qu'il parte pour Vincennes. Il est guéri.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

Séance du 27 avril 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Journal de médecine de Bordeaux.*

— M. le docteur Porta, membre correspondant, offre en hommage à la Société, par l'entremise de M. Larrey, un mémoire intitulé : *De la fracture du fémur.*

— M. RICHET présente à la Société de chirurgie, de la part de M. Jules Meugy, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rethel, un Mémoire manuscrit *sur quelques cas de drainage.* (Commissaires, MM. Béraud, Marjolin et Chassaignac.)

Enchondrome du fémur. — M. HOUEL expose, à l'occasion du procès-verbal, les résultats de l'examen de la pièce de M. Gamgee. Ainsi que M. Dolbeau l'avait pensé, le tissu cartilagineux semblait bien venir du périoste; on voyait çà et là quelques jetées osseuses reliées au périoste et peu nombreuses. L'os lui-même était peu altéré; le tissu osseux semblait raréfié sur quelques points de la surface.

Un bouchon de substance chondroïde occupait le canal médullaire et remontait assez haut vers la tête du fémur, nouvelle raison qui milite en faveur de la désarticulation faite par M. Gamgee, car l'amputation de la cuisse aussi haut que possible aurait pu laisser une partie de la tumeur dans le canal médullaire et ouvrir le champ à la récidive.

COMMUNICATION.

Résections traumatiques.

M. VERNEUIL. La communication que je vais faire à la Société porte sur une question à l'ordre du jour, les résections pour des cas traumatiques. Plusieurs faits se sont présentés à moi dans un assez court espace de temps.

Mes collègues peuvent se rappeler le succès inespéré que j'obtins à la suite d'une résection du genou chez un jeune homme qui avait eu l'articulation traversée par une balle de pistolet. Aujourd'hui la guérison est un fait accompli.

Il y a cinq mois, j'ai fait une seconde résection du genou pour un coup de feu sur un braconnier blessé dans une lutte à main armée. L'accident remontait à vingt jours, lorsque M. le docteur Surblay (de Corbeil) me fit voir son malade. L'état local et l'état général étaient des plus graves, et M. Surblay se proposait d'amputer le membre comme dernière chance de salut. Le genou était ouvert par une plaie irrégulière et sanieuse; la jambe tuméfiée était le siége d'un phlegmon diffus.

Je pensai que dans une pareille situation la résection offrait peut-être moins de dangers que l'amputation, que d'ailleurs les incisions nécessitées par l'opération et quelques tubes à drainage placés dans les interstices musculaires de la jambe, pourraient combattre avec succès le phlegmon diffus.

Je me décidai donc à faire la résection du genou. La rotule étant réduite en éclats, le fémur et le tibia n'étaient le siége d'aucune fracture, mais il y avait une synovite intense avec abondante suppuration. Je commençai la section par le tibia. Dès que son extrémité supérieure eut été séparée par la scie, un flot de pus d'un litre environ s'écoula et vida le mollet. Même chose après la section des condyles fémoraux; une fusée purulente, qui n'avait pas été reconnue avant l'opération, remontait jusqu'auprès des trochanters. Le membre fut placé dans une simple gouttière en planches, qui, à mon sens, remplace très-suffisamment les chariots compliqués.

Au bout de trois jours l'opéré n'allait pas plus mal; quinze jours après la suppuration était de bonne nature et avait diminué d'abondance. Après deux mois et demi la marche avec des béquilles était possible, et à trois mois et demi la guérison était achevée; la jambe était raccourcie bien entendu, mais droite, rigide, sans aucune fistule.

Mon premier malade avait été opéré le quatrième jour, au début des accidents inflammatoires; il avait fait un trajet do plus de cin-

quante lieues pour venir à Paris. Le second était en pleine période inflammatoire. Dans ces deux cas, le succès a été le même. N'y a-t-il pas là un encouragement pour la chirurgie militaire à recourir plus souvent à la résection du genou ? Je ne puis croire qu'il n'y ait pas toujours une bonne ambulance ou même un hôpital à moins de cinquante lieues d'un champ de bataille.

Je passe aux résections du coude.

L'une d'elles est assez récente, et cependant l'opéré peut faire un trajet de quinze lieues pour venir me voir à Paris. Les os commencent à être réunis assez solidement pour me permettre de faire quelques légères tentatives de mobilisation. — C'est le vingtième jour que je fus appelé près du blessé. Par suite d'un accident de chasse, un coup de fusil (plomb n° 4), tiré à un mètre de distance, avait creusé dans la région du coude une plaie très-profonde et réduit les os en esquilles. Quand je fus appelé pour faire l'amputation du bras, je constatai que le membre tout entier était atteint d'une rougeur phlegmoneuse très-accusée ; il aurait donc fallu non pas amputer, mais désarticuler le bras. Cette raison, ainsi que l'examen de la région, me décidèrent à tenter la résection. Aidé par MM. Devouges, Charnal et Morin (de Billancourt), je pus mener à bien l'opération, enlever toutes les esquilles et les grains de plomb. Je reconnus en même temps que par bonheur le plomb avait respecté tous les nerfs et les vaisseaux. L'amélioration fut très-rapide ; la rougeur inflammatoire disparut, et au bout de cinq semaines la guérison paraissait assurée.

Le second cas de résection du coude a présenté toutes les difficultés de traitement des plaies graves. En fin de compte, j'ai dû pratiquer l'amputation du bras, à cause de complications sérieuses du côté des vaisseaux.

Un homme qui n'avait pas l'habitude des armes à feu fait involontairement partir son fusil ; le coup fait balle et traverse le coude de part en part. Immédiatement hémorrhagie abondante suivie de syncope. M. le docteur Reculez parvient à arrêter l'écoulement du sang en bourrant la plaie de charpie imbibée de perchlorure et en comprimant le membre.

Je vis le blessé le lendemain. Il refusait absolument de subir l'amputation. Je ne me dissimulai pas que l'hémorrhagie, due, suivant toute probabilité, à une plaie d'artère, était une fâcheuse circonstance. Cependant, comme les pulsations pouvaient être nettement perçues à la radiale et à la cubitale, je me décidai le quatrième jour à faire la résection du coude. Le radius avait été enlevé par le coup de feu, je n'eus à scier que le cubitus et l'humérus.

Au bout de quelques jours, l'hémorrhagie se renouvelle. Elle est

encore arrêtée par un tampon imbibé de perchlorure de fer, qui détermine un gonflement inflammatoire considérable. Je suis appelé en toute hâte, et je parviens à grand'peine, la nuit, avec un seul aide, à faire la ligature de l'humérale.

A la suite de cette opération, tout semblait marcher à souhait, le bras avait perdu sa tuméfaction, lorsque le vingt-huitième jour survint une nouvelle hémorrhagie. J'arrive près du blessé à deux heures du matin, et pendant que je détache les premières pièces du pansement, le sang recommence à couler en abondance. Je pensai alors que les ressources de la chirurgie conservatrice étaient épuisées, et je pratiquai l'amputation du bras, que le malade, effrayé par les hémorrhagies répétées, accepta sans résistance.

L'examen du membre nous permit de reconnaître la source des hémorrhagies.

A 2 ou 3 millimètres de son origine, la radiale avait subi une perte de substance. La ligature de l'humérale empêchait le sang de couler par le bout supérieur ; mais les collatérales rétablissant la circulation, le bout inférieur de la radiale ouvrait une voie facile à l'hémorrhagie. Sans doute une ligature portée sur chacun des bouts de la radiale eût été plus efficace; mais j'étais dans la nécessité d'agir immédiatement, presque sans aide, à la lumière artificielle. La plaie était remplie de caillots, de détritus noirâtres produits par l'action du perchlorure ; la recherche des vaisseaux eût été bien difficile, et d'ailleurs deux ligatures n'eussent pas suffi. Il aurait fallu, pour opposer une barrière définitive à l'hémorrhagie, lier en même temps l'humérale, puisque la radiale était coupée à son origine, la cubitale et le bout inférieur de la radiale.

En résumé, la résection du genou m'a donné deux succès très-beaux ; cello du coude, un succès et un insuccès dû aux complications de l'appareil vasculaire. Je doute que l'amputation pour des cas semblables donne des résultats aussi satisfaisants.

M. GIRALDÈS. M. Verneuil pense que les beaux résultats obtenus par lui pousseront les chirurgiens militaires à faire plus de résections pour les plaies d'arme à feu. Mais il me semble, et sous ce rapport nos collègues militaires pourront nous renseigner plus complétement, que c'est là un point définitivement établi. Ces résections ont été faites assez souvent, ainsi que cela résulte des publications de Stromeyer sur la guerre du Schleswig-Holstein, et des chirurgiens anglais, Mackensie Grives, Mac-Leod et autres, sur la guerre de Crimée.

La résection du genou est sans doute une bonne opération ; mais il ne faut pas croire qu'elle donne une mortalité très-inférieure à

l'amputation do la cuisse. M. Holmes (de Londres) a montré que sous ce rapport, les résultats sont à peu près égaux ; il est vrai qu'en cas de succès, la résection conserve un membre utile. C'est un avantage incontestable.

Pour ce qui est des cas particuliers cités par M. Verneuil, il me semble que si son second opéré du genou avait pu être bien soigné dès le début, si on avait donné issue aux collections purulentes, la guérison eût été possible sans opération. Je suis cependant loin de dire que, dans l'état où il a trouvé le malade, M. Verneuil n'ait pas bien fait d'opérer.

Ces guérisons sans résections ne sont pas très-rares pour le coude, si le membre est bien immobilisé et soumis aux irrigations froides. A la suite des affaires de juin 1848, grâce aux irrigations et aux gouttières en gutta-percha, que je crois avoir été le premier à employer, j'obtins plusieurs succès chez des jeunes gens robustes. Presque tous les blessés amenés à l'hôpital des Cliniques appartenaient à la garde mobile.

Le second malade de M. Verneuil a guéri, quoiqu'il eût été opéré en pleine période inflammatoire, c'est vrai. Mais il faut se garder de tirer de là un principe applicable à tous les cas.

Enfin, je terminerai par une dernière remarque ; c'est qu'il ne faudrait pas conclure de la série favorable que vient de nous communiquer M. Verneuil, que de pareils succès sont la règle. Ce serait s'exposer à de nombreux mécomptes.

M. VERNEUIL. Je ne me serai sans doute pas fait comprendre de M. Giraldès. Je suis loin de prétendre à l'invention des résections traumatiques ; j'ai restreint le débat à la résection du genou. On ne connaît guère que neuf ou dix cas de résection du genou pour cause traumatique, et sur ce nombre il y a deux guérisons au plus. Cette question spéciale est loin d'être résolue. Ce n'est pas un précepte en chirurgie militaire de faire la résection pour les cas de plaie du genou ; c'est l'amputation de cuisse qui est la règle. J'étais donc fondé à dire que mes deux succès plaident en faveur do la résection et montrent qu'elle peut réussir dans les cas les plus graves.

M. Giraldès me dit que l'un de nos malades eût pu être mieux soigné, et qu'alors peut-être la résection eût été inutile. C'est possible, mais là n'est pas la question. J'ai soigné le malade dans l'état où il était, et je demande si l'amputation eût été plus favorable avec ce foyer purulent situé en arrière, que nous avions tous méconnu.

Je suis d'accord avec M. Giraldès pour reconnaître que toutes les plaies articulaires ne nécessitent pas des résections et peuvent néanmoins guérir. Cependant, je crois que la résection a l'avantage do

simplifier l'état de la plaie, d'abattre la rougeur et le gonflement inflammatoire, d'améliorer rapidement l'état général qui dépend de l'état de la plaie, enfin de laisser des chances de conservation des mouvements.

Je n'ai pas dit qu'il fallait opérer dans la période inflammatoire. N'ayant pas le choix, j'ai opéré mon malade et je me suis borné à constater le résultat.

Enfin, sans vouloir indiquer aucune conclusion générale, j'ai pensé qu'une série de succès devait contribuer à asseoir les indications encore mal définies des résections traumatiques.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, U. TRÉLAT.

Séance du 4 mai 1864.

Présidence de M. Broca.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — L'*Art dentaire*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Les *Archives générales de médecine*. — Le *Bulletin général de thérapeutique*. — Le *Bulletin des travaux de la Société de médecine de Marseille*. — Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*.

DISCUSSION.

Résections traumatiques.

M. LEGOUEST. Des quatre cas de résections articulaires nécessitées par des coups de feu, dont nous a entretenus M. Verneuil dans la dernière séance, deux sont relatifs à la résection du coude, deux autres à la résection du genou.

Si j'ai bien compris l'intention de notre collègue, c'est sur la résection du genou et sur la possibilité de substituer cette opération à l'amputation de la cuisse, dans la pratique de la chirurgie d'armée, qu'il a voulu particulièrement attirer l'attention. Il sait, comme tout le monde, que les résections du membre supérieur sont acceptées depuis longtemps par les chirurgiens militaires ; que Percy, Larrey et leurs successeurs, ont fait de nombreuses résections de la tête de

l'humérus ; que la résection du coude est moins souvent pratiquée que la précédente, parce qu'il n'est pas rare de voir guérir, sans opération autre que l'extraction des esquilles, les coups de feu de cette articulation ; mais il sait aussi que les résections articulaires du membre inférieur ont été pendant longtemps généralement repoussées par les chirurgiens tant civils que militaires, sous prétexte, d'une part, que ces opérations sont plus graves que les amputations ; d'autre part, qu'elles ne conservent qu'un membre inutile ou gênant.

Ce dernier reproche lui paraît sans doute, comme à moi, devoir être définitivement écarté. En effet, les résultats obtenus après la résection de la tête du fémur en général sont très-satisfaisants ; sur 44 guérisons confirmées, relevées par M. Léon Lefort, l'utilité du membre a été incontestable 31 fois ; plusieurs opérés ont marché sans soutiens, d'autres ont pu faire à pied des trajets assez considérables. Les résultats de la résection du genou ne sont pas moins encourageants : les opérés de M. Verneuil, dont un nous a été présenté, marchent bien aujourd'hui ; deux enfants soumis à votre examen par M. le Dr Duserris, marchaient avec la plus grande facilité ; sur les 125 cas de résection totale du genou relevés par O. Heyfelder et suivis de guérison, 49 sont indiqués comme *parfaits*, 49 comme *bons*, au point de vue de l'usage du membre, ce qui donne un total de 98 opérés marchant très-bien ; enfin, il résulte d'une statistique de Baswel, qui vous a été communiquée par M. Giraldès, que les opérés conservent généralement un membre utile. Ainsi, les résections articulaires du membre inférieur, longtemps rejetées par la plupart des chirurgiens comme ne pouvant conserver un membre véritablement utile, doivent être exonérées de ce reproche.

Reste donc à examiner comparativement la gravité de la résection et celle de l'amputation sur le membre inférieur.

La mortalité consécutive à la désarticulation de la hanche est de beaucoup supérieure à celle de la résection ; 110 cas de résection de la hanche, relevés par M. O. Heyfelder et par son traducteur M. Bœckel, ont donné 50 morts ou 45 pour cent, tandis que la désarticulation donne environ 85 morts pour 100.

Une différence très-grande encore existe entre la mortalité consécutive à l'amputation de la cuisse et celle de la résection du genou. D'après les relevés de M. Heyfelder, la mortalité des résections est de 28 pour cent, tandis que pour l'amputation de la cuisse elle est de 63 pour cent d'après M. Malgaigne, de 52 pour cent d'après M. Trélat. Dans certaines circonstances elle est beaucoup plus considérable. Toutes ces opérations sont prises en masse, sans distinction de cause, de temps, d'âge, de sexe, etc. ; mais il convient de faire remarquer

que les résections ont été presque toutes pratiquées sur de jeunes sujets et pour des affections organiques.

Quoi qu'il en soit, les résections du membre inférieur paraissent être moins graves d'une manière générale que les amputations. La supériorité de leurs résultats doit être expliquée autrement que ne l'a fait M. Verneuil, c'est-à-dire par l'ablation des surfaces articulaires altérées jouant le rôle de corps étrangers : dans les résections, le canal médullaire des os n'est généralement pas ouvert, les vaisseaux et les nerfs sont respectés, la perte subie par l'économie est moindre; partant les accidents nerveux, les hémorrhagies, les phlébites, l'ostéo-myélite, l'infection purulente se montrent moins souvent.

Les chirurgiens militaires ignorent-ils ces diverses circonstances? Non, messieurs. A la suite de coups de feu, dans des cas déterminés, ils pratiqueraient tous aujourd'hui, je l'espère, la résection de la hanche, de préférence à la désarticulation : le choix ici n'est pas douteux.

Mais pourquoi ont-ils fait si peu de résections du genou, et sont-ils peu disposés à pratiquer cette opération? Pourquoi, tout en tenant grand compte des faits cités par M. Verneuil, hésiteront-ils à l'imiter?

Mes confrères de l'armée répondront avec moi, je n'en doute pas, qu'autre chose est de faire une résection du genou pour un coup de feu, dans la pratique privée, sur des adolescents, comme le premier des opérés de M. Verneuil, dans un petit hôpital contenant peu de malades, sur des sujets placés dans les meilleures conditions hygiéniques, ou de pratiquer la même opération sur des soldats blessés faisant partie d'une armée nombreuse, ayant enduré les fatigues et les misères d'une longue campagne ou d'une grande bataille, exposés à des transports, reçus dans des locaux souvent insalubres, dans des hôpitaux que les mesures administratives les plus sages et les mieux entendues ne peuvent pourvoir de toutes les ressources, préserver de l'encombrement et des épidémies, ces deux grandes causes des mortalités désolantes enregistrées par la chirurgie en campagne.

Mais, dira-t-on, vous amputez cependant la cuisse dans ces conditions : pourquoi ne feriez-vous pas de résections du genou? C'est que les hommes amputés sont plus facilement transportables, raison de moindre valeur aujourd'hui qu'avant l'établissement des chemins de fer, bien que ce moyen de transport soit à peine meilleur que le transport en voiture ordinaire; c'est que la résection du genou exige consécutivement un appareil compliqué, si simplifié qu'il soit, des pansements fréquents et minutieux, une immobilité presque absolue; c'est que la résection du genou guérit moins rapidement que l'ampu-

tation de la cuisse, et que moins les malades restent dans les hôpitaux, moins ils sont exposés à la funeste influence de ces établissements.

A Dieu ne plaise que je repousse systématiquement la résection du genou dans les cas de coups de feu : la meilleure preuve que j'en puisse donner, c'est que j'ai assisté M. Verneuil *manu et consilio* dans sa première opération. Je désire même ardemment que cette opération puisse trouver sa place dans la chirurgie d'armée proprement dite ; mais j'avoue qu'elle m'inspire peu de confiance. Les résections du genou pratiquées par M. Stromeyer dans la guerre des duchés du Schleswig-Holstein, celles qui ont été faites dans la dernière guerre des Indes et devant Sébastopol ont toutes été suivies de mort : ce n'est pas une raison péremptoire cependant de reculer devant de nouvelles tentatives dans les cas où le désordre de l'articulation serait peu considérable, sur des blessés jeunes et placés dans les meilleures conditions de repos et d'hygiène. Malheureusement, comme je l'ai dit ailleurs (*Traité de chirurgie d'armée*), ces conditions sont bien rares en campagne, où les ressources, quoi qu'on fasse, restent la plupart du temps au-dessous des besoins ; et la difficulté, sinon l'impossibilité de les rencontrer, éloignerait peut-être à jamais de la chirurgie d'armée le principe général de substituer la résection du genou à l'amputation de la cuisse.

M. GIRALDÈS. J'avais demandé la parole dans la dernière séance pour dire que le principe des résections traumatiques était adopté par la chirurgie militaire. Cela est vrai pour les résections du membre supérieur, et aussi pour celles du membre inférieur. Stromeyer et Esmarck, en donnant le résultat de leur pratique, racontent que le seul blessé soumis par eux à la résection du genou succomba. Mac-Leod obtint le même résultat funeste. Dans ses *Commentaires de chirurgie militaire* (1855), Guthrie dit qu'il faut amputer la cuisse, à moins qu'on ne puisse faire la résection.

Mais pourquoi, si le principe est adopté, les résections du genou sont-elles si rares ? M. Legouest en a déjà donné plusieurs raisons ; il y en a d'autres encore. Les projectiles de guerre font des ravages bien autrement étendus et graves que les projectiles de chasse. Aussi les conditions où la résection est possible existent bien rarement. J'ajoute qu'il y a souvent des fêlures, des éclats osseux s'éloignant plus ou moins du siége de la lésion principale : nouvel obstacle à la résection.

J'ai dit qu'il ne fallait pas se faire d'illusions au point de vue de la mortalité de la résection du genou. Celle-ci est aussi grande que pour l'amputation de la cuisse, si on ne confond pas les résections

partielles, les ablations de séquestres ou d'esquilles avec la résection totale. En effet, M. Holmes a cité des malades qui, donnés comme guéris, ont dû subir deux fois la résection, d'autres qui ont été amputés par la suite.

M. Verneuil a dit que la résection du coude permet de conserver les mouvements de l'articulation, tandis que l'ankylose se produit si la guérison a lieu sans résection. C'est vrai en général ; cependant Esmark a vu que sur 40 opérations, 13 fois il y eut ankylose. Quelle que soit la valeur de l'explication donnée par Stromeyer sur ce résultat, toujours est-il que la résection ne permet pas d'espérer sûrement la conservation des mouvements.

M. VERNEUIL. L'ordre du jour de la séance étant très-chargé, je demande à renvoyer ma réponse à notre prochaine réunion. J'examinerai la meilleure thérapeutique à suivre pour les plaies d'arme à feu du genou et l'avantage qu'il y a, suivant le cas, à faire ou à ne pas faire la résection du coude quand cette articulation a été atteinte par un coup de feu.

— La discussion sera continuée.

RAPPORT.

De la curabilité des luxations congénitales du fémur, par le docteur Pravaz.

M. BOUVIER donne lecture du rapport qui suit :

Messieurs, je viens vous rendre compte, en mon nom et au nom de mes honorables collègues, MM. Broca et Chassaignac, d'un travail sur la curabilité des luxations congénitales du fémur, qui vous a été lu, le 17 février dernier, par M. le docteur Pravaz.

Il y a moins de quarante ans, la luxation congénitale du fémur était inconnue aux praticiens ; le *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer, tableau assez fidèle de la chirurgie de cette époque, n'en fait pas même mention. Quoi de surprenant si l'histoire de cette singulière lésion est encore imparfaite, si ses obscurités causent encore quelque embarras dans la pratique et peuvent entraîner à des erreurs de diagnostic ou de traitement !

La question de diagnostic est tout, lorsqu'il s'agit de décider par les faits la question de la curabilité des luxations fémorales congénitales.

Or, c'est principalement par un fait qu'il regarde comme un cas de guérison, que M. le docteur Pravaz a cherché à établir cette curabilité dans son travail.

Le sujet de l'observation qu'il vous a communiquée vous a été

présenté ; des photographies de son état antérieur et de son état actuel ont été mises sous vos yeux.

M. Pravaz s'est attaché d'abord à démontrer que cette petite fille était affectée en 1861, alors âgée de sept ans, d'une luxation congénitale des deux fémurs. Votre commission n'émet aucun doute sur ce premier diagnostic.

Après avoir exposé le traitement employé du mois de septembre 1861 au mois de novembre 1863, c'est-à-dire pendant plus de deux ans, notre honorable confrère développe les motifs qui le font croire à la réduction des deux luxations.

Vos commissaires avaient pour mission spéciale de vérifier l'exactitude de ce second diagnostic.

Au temps d'Hippocrate, les signes de la luxation congénitale du fémur ne se tiraient guère que de la démarche des sujets et de leur aspect extérieur. « Chez certains individus, est-il dit au *Traité des articles*, dès la naissance chez les uns, chez les autres par l'effet d'une maladie, les deux cuisses se sont luxées en dehors....... Les deux jambes deviennent charnues, et, s'il y manque quelque chose, ce n'est qu'*à la partie interne*....... Ces infirmes se balancent, dans la marche, également de l'un et de l'autre côté, ὁμοιως σαλευουσιν ἐν τῃ ὁδοιποριῃ ἔνθα και ἔνθα; ils ont les fesses très-proéminentes, à cause de l'écartement des têtes des fémurs. » (*Œuvres d'Hippocrate*, traduites par Littré, t. IV, p. 245.)

Ces symptômes, si bien rendus par la langue pittoresque des Grecs, ne constituent néanmoins que des signes équivoques de la luxation ; ils peuvent se rencontrer dans d'autres circonstances, et ils peuvent être peu marqués si le déplacement est peu étendu. On a donc dû recourir, pour fonder le diagnostic, à des indices plus certains, tels que ceux que le toucher révèle dans une exploration attentive de la région affectée.

« Les signes de toutes déloueures, dit Ambroise Paré, sont tumeurs ou gibbosités où l'os est forjeté, et cavité au lieu dont il est sorti. » Et J. L. Petit redit en meilleur français que des signes communs à toutes les luxations sont « la cavité qui se trouve au lieu d'où l'os est sorti, l'éminence que l'on remarque au lieu où il s'est placé ». Hippocrate a indiqué ces signes pour la luxation traumatique du fémur, et les a rappelés, quoique plus vaguement, pour la luxation congénitale, dans le passage que j'ai cité plus haut.

La réunion de ces deux signes, vide laissé par l'os luxé, saillie de cet os à la nouvelle place qu'il occupe, donne en effet la certitude du déplacement, de même que leur disparition établit d'une manière tout aussi absolue la certitude de la réduction.

Mais la conformation naturelle ou acquise des os, leur profondeur et l'épaisseur des parties molles qui les recouvrent, ne permettent pas toujours de percevoir aisément l'un et l'autre signe : c'est ce qui a lieu, en particulier, dans les luxations congénitales du fémur.

Quel est, dans ce genre de déplacement, celui des deux signes d'Ambroise Paré qui peut jeter le plus de jour sur le diagnostic, soit de la luxation, soit de la réduction ?

Votre rapporteur a dit, il y a déjà un certain nombre d'années, que c'était la saillie de l'os dans sa nouvelle place, saillie perçue, au besoin, à l'aide du procédé de Després.

Notre regretté collègue Pravaz père a dit, au contraire, que c'était le vide laissé à l'aine par le déplacement du fémur. M. Pravaz fils a attaché, dans son travail, une égale importance à l'un et à l'autre signe.

Notre honorable confrère expose, relativement à l'état actuel de l'enfant : 1° que, d'une part, la rotation et la flexion forcée des cuisses ne font plus retrouver les têtes fémorales sur la face externe de l'ilium, où on les sentait distinctement avant le traitement dans ce double mouvement du membre; 2° que, d'autre part, on sent au contraire, comme dans l'état normal, la tête de chaque fémur rouler sous le doigt au pli de l'aine, en dehors de l'artère fémorale, dans les mouvements de flexion et de rotation de la cuisse, ce que l'on ne pouvait percevoir avant le traitement; les aines, dit M. Pravaz, étaient alors profondément déprimées, tandis qu'elles n'offrent plus aujourd'hui cet enfoncement caractéristique.

Ces faits suffisaient, s'ils étaient réels, pour démontrer le replacement des fémurs dans les cavités cotyloïdes ; ils ont donc dû avant tout appeler l'attention de la commission.

Vos commissaires n'ont pas tardé à reconnaître que la recherche de la tête du fémur du côté de la région inguinale ne présentait qu'obscurité et incertitude ; qu'il était facile de se méprendre sur la véritable situation de l'os en voulant la déterminer par l'exploration de la région antérieure de l'articulation ; qu'en un mot, dans l'espèce, le signe de réduction tiré du soulèvement de l'aine par la présence de la tête fémorale, et du roulement de cette tête sous le doigt dans certains mouvements de la cuisse, était équivoque et peu appréciable.

Qu'il me soit permis de rappeler que, dans des faits antérieurs, ce signe s'est montré tellement infidèle que j'ai retrouvé la luxation la mieux caractérisée sur des sujets qui, assurait-on, avaient présenté distinctement le roulement de la tête fémorale sous le doigt, au pli de l'aine, dans la rotation de la cuisse. J'ai fait mention ailleurs de l'inu-

tilité de mes recherches pour sentir nettement, dans l'état normal, ce roulement du fémur dans l'aine ; je n'y suis même parvenu, sur le cadavre, qu'après avoir enlevé les parties molles et mis à nu la capsule articulaire.

Il restait à votre commission le signe considéré par M. Malgaigne, — qui partage en cela mon opinion, — comme « le seul signe pathognomonique », celui qui se tire de la présence de la tête du fémur hors de sa cavité, s'il y a luxation, et de son absence dans le même lieu, quand on l'y avait trouvée auparavant, s'il y a réduction.

Lorsqu'on examine la petite malade de M. Pravaz debout ou couchée, les cuisses dans l'extension ou modérément fléchies, on ne découvre pas tout d'abord, même en leur imprimant des mouvements de rotation, la saillie de la tête du fémur en arrière du cotyle; mais, en donnant à la flexion toute l'étendue possible, en variant l'attitude de l'enfant de manière à l'observer sous différents aspects et à faire concourir à cette exploration la vue et le toucher, on finit par sentir très-distinctement les têtes fémorales, d'autant plus proéminentes et d'autant plus éloignées des crêtes iliaques que la flexion est plus forcée. On les voit alors remonter obliquement en avant dans l'extension, et s'enfoncer sous la masse musculaire qui forme la partie antérieure de la fesse. En répétant plusieurs fois cet examen, en se guidant par les rapports du trochanter, de l'épine antéro-supérieure de l'ilium et de toutes les autres parties osseuses accessibles à la vue ou au toucher, vos commissaires sont restés convaincus que chacune des têtes fémorales est placée sur la partie antérieure de la face externe de l'ilium, à peu de distance du cotyle, en arrière et au-dessus de celui-ci, dans le voisinage de l'épine iliaque antéro-inférieure ; qu'en conséquence les deux luxations subsistent encore.

La persistance des luxations devait entraîner celle de tous les symptômes propres à ce genre d'infirmité. C'est aussi ce qui a lieu ; seulement, ces symptômes sont moins accusés qu'ils ne le sont dans beaucoup de cas analogues, et qu'ils ne l'étaient avant le traitement, ainsi que cela est établi par la description de M. Pravaz, par le témoignage de plusieurs honorables chirurgiens de Lyon, et par la différence des photographies prises avant et après la cure.

Ainsi, le grand trochanter, quoique encore trop élevé, paraît s'être abaissé relativement à l'épine iliaque; la fesse est moins déformée, la cuisse moins courte par rapport à la jambe, la région inguinale moins déprimée ; l'ensellure lombaire, la saillie du ventre subsistent, mais beaucoup moins prononcées; le mouvement d'abduction des cuisses a gagné en étendue ; la marche conserve un balancement ca-

ractéristique, mais beaucoup moins apparent; elle est d'ailleurs moins laborieuse, et l'enfant se fatigue moins promptement.

Nous constatons avec plaisir ces notables améliorations, qui montrent que l'art n'a pas été, dans ce cas, tout à fait impuissant.

Comment ces améliorations se sont-elles produites? Que s'est-il passé dans les parties affectées qui puisse expliquer les changements avantageux qu'elles ont subis pendant les deux années qu'a duré le traitement?

Nous ne pouvons vous présenter à cet égard que des conjectures, n'ayant pas assisté à l'évolution des faits.

La première supposition qui s'offre naturellement à l'esprit, c'est que le déplacement aurait été plus étendu avant le traitement, et que les tractions auraient amené le fémur dans un lieu plus rapproché de la cavité cotyloïde, ce qui aurait amoindri les effets sensibles de la luxation. L'un de nous a justement fait remarquer qu'il ne fallait pas pour cela une très-grande différence dans la situation de la tête fémorale, que quelques millimètres de plus, en avant ou en arrière, suffisaient, par exemple, pour changer les conditions d'équilibre du bassin, et pour modifier considérablement l'ensellure lombaire et les symptômes qui en dépendent.

Cependant, on peut concevoir des doutes sur l'exactitude de cette interprétation :

1° Parce qu'on ne connaît pas de précédents propres à lui prêter l'appui de l'analogie;

2° Parce que, si la tête avait été placée plus en arrière, on l'aurait sentie à la fesse, même dans l'extension du membre, ce qui eût été noté dans l'observation;

3° Parce que divers symptômes de la luxation, tels que l'ensellure lombaire, peuvent se montrer à des degrés différents dans des cas semblables pour l'étendue du déplacement, de sorte que le plus ou moins d'intensité des symptômes n'est pas en rapport nécessaire et constant avec la place qu'occupe le fémur.

Je serais disposé, pour ma part, à hasarder une autre explication, fondée sur le rôle des muscles dans la production de certains symptômes de la luxation.

Il est, en effet, une circonstance assez fréquente dans ce genre de lésions : c'est que la rétraction des muscles fléchisseurs et adducteurs de la cuisse s'ajoute consécutivement aux autres désordres qui la constituent. Alors l'inclinaison du bassin en avant, l'ensellure lombaire qui en dépend, sont exagérées dans la station par la prédominance des fléchisseurs, qui abaissent la partie antérieure du bassin, sur les extenseurs, qui le retiennent en arrière. En même temps, l'abduc-

tion des cuisses est fort gênée. Que l'on parvienne, par des moyens quelconques, à allonger les muscles rétractés, à rétablir la puissance d'action de leurs antagonistes, on aura fait disparaître une des causes de l'attitude vicieuse du squelette, on aura rétabli en partie la liberté des mouvements normaux ; la plupart des phénomènes extérieurs qui sont le produit de la luxation en deviendront moins prononcés.

En admettant, dans l'espèce, que l'insuffisance d'action des extenseurs, que l'excès de contraction ou même le raccourcissement permanent des fléchisseurs fussent en partie la cause de l'inclinaison exagérée du bassin en avant, de l'énorme ensellure qui se voit sur la première photographie, on comprend aussitôt que des tractions continues, prolongées, dans la position horizontale, aient en partie fait disparaître ces symptômes en livrant la ceinture pelvienne à l'action mieux balancée des agents contractiles qui la tiennent en équilibro sur les fémurs. Des avantages tout à fait semblables ont été obtenus dans d'autres cas par des procédés analogues; j'en ai moi-même cité ailleurs un exemple qui m'est propre.

J'ajouterai que, comme l'a fait remarquer l'un de nous, M. Chassaignac, l'augmentation absolue de la force musculaire contribue sans doute également à cette position meilleure du bassin; car cette position a varié sous les yeux de la commission, selon que l'enfant était reposée ou qu'elle subissait encore l'influence de la fatigue; les symptômes apparents de la luxation étaient plus prononcés dans ce dernier cas.

Ce redressement du bassin, de quelque manière qu'il ait été produit, est le résultat le plus saillant du traitement employé chez la malade de M. le docteur Pravaz. C'est à ce redressement que sont dus d'autres changements, qui ont porté notre honorable confrère à croire à la réduction de la luxation. Ainsi, le grand trochanter lui a paru descendre par rapport à l'épine iliaque; mais, en réalité, c'est l'épine iliaque qui a remonté, avec toute la moitié antérieure du bassin, dans le mouvement de bascule d'avant en arrière que celui-ci a éprouvé, mouvement inverse de celui qui donne lieu à l'ensellure lombaire. La cuisse s'est allongée en apparence, parce que l'angle rentrant qui répond au creux de l'aine s'est ouvert, et qu'une plus grande distance a séparé l'épine iliaque antéro-supérieure de la tête du péroné. Cette distance était nécessairement de beaucoup réduite par la flexion du bassin sur la cuisse, comme chacun sait qu'elle l'est naturellement par la flexion de la cuisse sur le bassin. On obtient instantanément un semblable allongement de trois, quatre, cinq centimètres, dans toute luxation congénitale à forte ensellure, en faisant coucher les petits

malades et en redressant l'axe du bassin, très-incliné en avant dans la station.

A la suite de l'observation de sa petite malade, M. le Dr Pravaz a présenté des remarques judicieuses sur les obstacles que la conformation des os ou de la capsule fibreuse peut opposer à la réduction, et sur les conditions anatomiques qui peuvent faire que ces obstacles ne soient pas toujours insurmontables. Il fait observer avec raison que l'insuffisance des observations anatomo-pathologiques ne permet pas de prononcer en dernier ressort *a priori* sur la curabilité des luxations congénitales du fémur. Votre commission pense qu'en effet on ne saurait ici engager l'avenir, qui peut conduire, au moins pour quelques cas, à des notions et à des données nouvelles. Votre rapporteur lui-même, qu'on a trouvé parfois trop sceptique à l'endroit des guérisons annoncées, disait en 1855 et répète encore aujourd'hui : « Je réserve l'avenir pour mes confrères et pour moi-même, et surtout dans l'intérêt des malades. *Il se peut qu'on obtienne dans la suite un résultat qu'il nous a été impossible d'atteindre jusqu'ici.* »

Notre honorable confrère termine son mémoire par l'examen de quelques critiques qui ont été adressées à la méthode de traitement de son père. Ces critiques ont porté spécialement sur l'utilité et les effets des tractions prolongées et de la progression horizontale au moyen du char à pédales. Les idées théoriques que M. le docteur Pravaz développe à cette occasion paraissent assez plausibles ; mais votre commission, n'ayant été témoin d'aucun fait qui les confirme, ne saurait se prononcer entre les assertions de l'auteur et celles de ses adversaires. Elle croit néanmoins que la méthode de Pravaz père est encore celle qui offrirait le plus d'avantages, si l'on voulait faire de nouvelles tentatives pour la réduction des luxations fémorales congénitales.

En résumé, le travail de M. le docteur Pravaz est l'œuvre consciencieuse d'un homme initié de bonne heure, et par les leçons de son père, et par sa propre expérience, à la pratique spéciale qu'il a embrassée. Le fait intéressant dont il a placé le sujet sous nos yeux jette une vive lumière sur les effets de la méthode de Pravaz, en montrant que, même sans reconstituer l'articulation normale, cette méthode peut, dans certains cas, procurer une amélioration satisfaisante dans la position des jeunes infirmes. Que notre honorable confrère persévère dans ses laborieuses recherches ! Qu'il se prémunisse contre des illusions dont il n'est pas toujours facile de se défendre, et, quel que soit le résultat de ses efforts, ils lui donneront de nouveaux titres à l'estime de ses confrères et à la reconnaissance des familles.

Nous avons l'honneur de vous proposer :

1° D'écrire une lettre de remercîment à M. le docteur Pravaz pour son importante communication ;

2° De déposer honorablement son mémoire dans les archives de la Société.

— Ces conclusions sont votées.

M. CHASSAIGNAC présente quelques observations sur la difficulté qu'on éprouve dans certains cas à reconnaître et à sentir la tête du fémur; sur la valeur de la dépression inguinale et la sensation de vide qui en résulte; sur la nécessité de tenir compte de la puissance musculaire des malades au point de vue de l'équilibre, qui sera maintenu par des muscles énergiques ou fera défaut si les muscles sont faibles; enfin sur un nouveau signe : l'existence d'un mouvement exagéré d'extension du fémur, chose impossible quand il n'existe pas de luxation congénitale.

M. BOUVIER répond qu'il avait depuis longtemps signalé la difficulté qu'on éprouve parfois à sentir la tête du fémur, et que M. Malgaigne y avait insisté depuis; que ce n'est pas sur la dépression inguinale qu'il a voulu appeler l'attention, mais sur la sensation de roulement de la tête qu'on éprouverait, suivant M. Pravaz, en plaçant le pouce sur cette dépression. Malgré les recherches les plus attentives, M. Bouvier n'a jamais pu obtenir cette sensation. Il reconnaît avec M. Chassaignac que l'énergie musculaire joue un rôle important pour le maintien de l'équilibre. Quant au signe nouveau indiqué par notre collègue, l'extension exagérée du fémur, l'observation ultérieure pourra seule en indiquer la valeur. Il est bon de remarquer que Pravaz père avait appelé l'attention sur un signe absolument inverse, la flexion exagérée.

M. VERNEUIL demande quelques éclaircissements à M. le rapporteur sur la position exacte de la tête fémorale dans le cas de M. Pravaz, et sur l'absence complète des mouvements de bas en haut, qui semblerait devoir être attribuée au traitement.

M. BOUVIER rappelle quelques passages de son rapport relatifs à la situation de la tête fémorale, et ajoute que l'absence de mouvements de glissement vertical n'a pas de valeur, car ce signe, indiqué par Dupuytren, fait le plus souvent défaut.

COMMUNICATION.

Corps fibreux de l'utérus. — Difficulté du diagnostic. — M. GUÉRIN. Certaines questions semblent très-simples à résoudre si on s'en rapporte seulement aux symptômes théoriques, et se présentent au

contraire dans la pratique environnées des plus grandes difficultés. Le fait que j'ai récemment observé dans mon service prouve bien ce que j'avance.

Voici l'observation recueillie par M. Legros, mon externe :

Le 12 avril 1864 entrait à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, dans le service de M. Guérin, la nommée B..., âgée de trente ans.

Cette femme est modiste ; elle est mariée et a eu quatre enfants. Ses accouchements ont tous été pénibles ; mais jouissant alors d'une parfaite santé, elle se rétablissait promptement. Elle était toujours bien réglée.

Au mois de janvier 1862, elle accouchait, en Espagne, de son dernier enfant. Le travail dura trois jours et trois nuits ; ce ne fut qu'au bout de ce temps que les médecins se décidèrent à agir. D'après le récit de la malade, ils amenèrent l'enfant par les pieds, sur lesquels ils exercèrent des tractions violentes pour avoir la tête, qui sortit en même temps que le placenta.

La malade perdit beaucoup de sang. Elle garda le lit pendant quarante jours. Les lochies furent très-peu abondantes ; mais quinze jours après sa délivrance commença une perte blanche considérable, qui persista jusqu'au mois d'août suivant. Ses règles ne parurent que neuf mois après son accouchement ; mais jusqu'à cette époque, chaque période menstruelle était marquée par une augmentation de la perte blanche et des douleurs vives pendant trois ou quatre heures. A partir du moment où elles se montrèrent, elle vit très-régulièrement ses règles pendant cinq mois, jusqu'au mois d'avril 1863, où elles cessèrent brusquement à la suite d'une émotion morale.

Le même jour, la malade eut de violentes coliques et des douleurs intolérables dans le bas-ventre.

A partir de ce moment reparut la perte blanche, qui continue encore aujourd'hui.

Les rapprochements sexuels ne causaient pas de douleur.

La malade n'a jamais remarqué qu'elle portât une tumeur quelconque dans le vagin.

Le 14 avril, M. Guérin examine la malade avec la plus grande attention.

Par le toucher, il trouve au fond du vagin une tumeur très-volumineuse. C'est en vain qu'il cherche le col de l'utérus ; la muqueuse vaginale semble faire suite à la membrane qui revêt la tumeur.

Le doigt porté dans les culs-de-sac ne trouve aucun obstacle, et perçoit très-manifestement que la paroi de la tumeur se continue avec la muqueuse du vagin. Tous les doigts de la main gauche ayant été

introduits dans le vagin, M. Guérin arrive facilement à saisir la tumeur; elle est globuleuse, arrondie, parfaitement lisse, présente peu de consistance, et donne, quand on la presse, la sensation d'un corps vide à l'intérieur.

Le spéculum ne fournit aucun renseignement; supérieurement on aperçoit la tumeur, qui est d'un rouge légèrement bleuâtre, et inférieurement la paroi du vagin.

Cet examen fait perdre un peu de sang à la malade.

Le 15 avril : hier, dans la soirée, la malade a été prise de fièvre, de nausées et de douleurs de ventre; la nuit s'est passée sans sommeil. Ce matin, il y a de la stupeur de la face; le pouls est fréquent, petit; le ventre est sensible et ballonné; plusieurs vomissements dans la matinée. — 20 sangsues au-dessus du pubis; 60 centigrammes de calomel en une dose; glace à l'intérieur.

Le 16, la malade a été plusieurs fois à la garde-robe; le pouls est toujours petit, moins fréquent; le ventre est encore ballonné, mais bien moins douloureux; elle a eu des nausées et quelques vomissements. — Glace à l'intérieur; 10 paquets de calomel de 1 centigr. chacun; lavement purgatif.

Le 17, il y a une amélioration très-manifeste; le ventre est à peine ballonné, le pouls à peine fréquent. Elle n'a plus ni nausées ni vomissements. La nuit a été très-bonne. — Glace, lavement purgatif.

Le 18, hier la malade reçoit la visite de son mari et de ses enfants; elle pleure beaucoup, et après leur départ les douleurs de ventre ont été très-marquées; le soir, elles étaient très-vives. La nuit s'est passée sans sommeil, les nausées ont reparu. Pendant qu'elle souffrait, la malade avait une dyspnée très-grande, qui a persisté toute la nuit. Elle a été très-souvent à la garde-robe en diarrhée. Ce matin, la dyspnée a disparu; le pouls est petit, très-fréquent; le ventre est sensible. — Frictions sur le ventre avec l'onguent napolitain belladoné; 10 paquets de calomel de 1 centigr. chacun.

Le 19, les paquets de calomel ont agi comme un purgatif violent; hier et dans la nuit, la malade a été un grand nombre de fois à la selle. Ce matin elle se trouve bien, le ventre est souple, peu douloureux, le pouls est moins fréquent.

Le 21, la malade a peu dormi la nuit précédente, elle a eu de la fièvre; ce matin elle est abattue, répond à peine aux questions qu'on lui adresse. Le pouls est très-fréquent, filiforme; le ventre n'est pas douloureux. A dix heures, délire tranquille très-prononcé; le pouls donne 140 pulsations.

Le 22, le délire a persisté toute la nuit; ce matin, les mains sont

froides, la figure cyanosée; le pouls à peine sensible; la respiration anxieuse.

Elle meurt dans la soirée.

Autopsie. — L'abdomen étant ouvert et les intestins relevés, on aperçut l'utérus dans sa position normale, un peu plus volumineux qu'il n'est ordinairement et un peu bosselé. Les ligaments larges étaient sains, et le péritoine ne présentait aucune adhérence. On incisa le vagin et l'on découvrit la tumeur, ayant le volume d'un gros œuf de dinde; lisse à sa surface, de la forme d'une poire, elle adhérait à l'utérus par un pédicule large de 3 à 4 centimètres. Nous recherchâmes le col de la matrice pour voir ses rapports avec le pédicule; mais tout d'abord nous n'en trouvâmes pas de vestige. La tumeur semblait se continuer avec le vagin au lieu d'être entourée et limitée en haut par le col utérin, qui, ordinairement, fait un bourrelet autour du pédicule des polypes de cette région.

Cette continuité de tissus nous expliqua comment le toucher nous avait laissé dans le doute sur la nature de la maladie. En arrière, il y a bien un intervalle entre le pédicule de la tumeur et la partie correspondante du conduit dans lequel la tumeur s'était développée; mais sur le vivant, à cause du volume de la tumeur et de sa convexité en arrière, le doigt ne pouvait pas arriver à cet intervalle. Si, du reste, on avait pu atteindre et explorer ce point, on eût encore commis une erreur, car on aurait cru ce bourrelet formé par le col de l'utérus, tandis que c'était une partie de l'utérus lui-même.

Toute la portion de l'utérus placée au-dessous du pédicule s'est dilatée au point de se confondre avec le vagin, et c'est à 4 centimètres au-dessous de l'insertion du polype que l'on découvre une légère saillie circulaire dans laquelle on reconnaît les traces du col. Cette saillie n'est devenue bien appréciable que lorsque le vagin a été détaché de son insertion à la vulve.

Comme en palpant la tumeur on avait eu la sensation que donne un corps ayant une cavité, on était très-désireux d'en avoir l'explication. Ayant fait une large incision, M. Guérin ne trouva que les éléments ordinaires des corps fibreux, et il ne put s'expliquer ce qu'il avait senti que par le glissement possible des couches lamelleuses qui constituaient la tumeur. Il y a bien évidemment dans cette tumeur tous les éléments de l'utérus, bien que, pour l'affirmer, il nous manque de l'avoir examinée à l'aide du microscope.

L'orifice de la trompe droite correspond au centre de l'implantation du polype qui se fait au fond de l'utérus. La trompe gauche s'ouvre dans la cavité utérine.

Le cerveau est légèrement congestionné. Dans les plèvres on trouve

un épanchement séro-purulent assez abondant, à la surface duquel nagent des fausses membranes.

Le poumon droit est hépatisé dans tout son lobe inférieur (hépatisation rouge).

La surface des deux poumons est recouverte de fausses membranes. Le cœur est volumineux ; le cœur gauche est rempli de sang noir, et ses parois présentent une coloration rouge violacé très-remarquable : cette coloration ne disparaît ni par le lavage ni par le frottement.

Le foie, les reins, n'offrent rien de particulier.

La rate est très-ramollie, se dissocie à la moindre pression, donnant un détritus très-liquide, couleur gris violacé.

Les intestins sont très-injectés ; mais dans la cavité du péritoine on ne trouve qu'une petite quantité de sérosité trouble.

La mort a donc été causée par une de ces pleuro-pneumonies si fréquentes dans nos hôpitaux et en même temps si insidieuses dans leur marche que souvent elles échappent aux soins les plus attentifs.

En résumé, cette tumeur est un corps fibreux de l'utérus à large pédicule ; elle a tellement effacé le col de l'utérus que celui-ci correspondait lâchement à la partie la plus volumineuse du polype et n'entourait pas son pédicule, comme cela a lieu d'habitude. Cette disposition, ainsi que la continuité de ce que nous prenions pour la muqueuse vaginale, avec la surface de la tumeur, m'avaient fait pencher vers l'idée d'un renversement de l'utérus, rendu très-possible par le dernier accouchement tel qu'il nous était raconté.

Cette tumeur s'est-elle développée depuis deux ans, ou bien est-elle antérieure au dernier accouchement ? Je serais assez porté à croire que c'est elle qui a rendu l'accouchement laborieux et qui a nécessité des efforts de traction énergiques.

M. BLOT. J'ai observé quelques cas de renversement de l'utérus, et dans tous j'ai constaté la dépression du fond en cul-de-lampe. J'attendais que M. Guérin signalât l'absence de ce signe, ce qui aurait dû faire rejeter l'idée d'un renversement de l'organe ; d'autant plus que le corps de l'utérus devait former une tumeur saillante, sensible à travers les parois abdominales.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. J'avais indiqué autrefois un signe distinctif entre le renversement de l'utérus et les polypes. Dans le premier cas, le doigt promené autour de la tumeur sent un pli longitudinal, tandis que dans le second, la surface est lisse et parfaitement continue.

M. TRÉLAT fait remarquer que la dépression en cul-de-lampe du fond de l'utérus est un signe des renversements récents, mais qu'elle

peut manquer lorsque l'affection est ancienne, à cause des adhérences vicieuses qui s'établissent.

MM. GUYON et MARJOLIN signalent différents cas dans lesquels des opérations très-innocentes, le toucher, des cautérisations superficielles, chez des malades prédisposées par l'anémie ou l'épuisement, ont déterminé des péritonites fort graves.

M. FORGET. Je demanderai à M. Guérin s'il croit qu'après deux années l'utérus pouvait conserver un volume et une mollesse aussi considérables qu'on l'observe sur cette tumeur. Il me semble qu'après un aussi long temps, l'utérus renversé aurait dû se rétracter et devenir beaucoup plus ferme.

M. GUÉRIN. Notre malade était très-grasse, et il était impossible de trouver le corps de l'utérus à travers ses parois abdominales épaisses. Nous n'avons pu constater ni l'existence ni la forme de l'utérus. Nous ne pouvions donc avoir aucune notion sur le signe qu'a rappelé M. Blot. Il en était de même pour le mode de recherche de M. H. de Chégoin ; je rappelle que le volume de la tumeur empêchait le doigt ou la tige de l'hystéromètre de passer en arrière, et que nous sommes restés jusqu'à l'autopsie dans l'ignorance sur la disposition de la tumeur dans ce point.

J'ai vu, touché, soigné assez de maladies utérines pour savoir qu'on observe des péritonites à la suite de manœuvres en apparence très-innocentes ; ce que j'ai voulu dire, c'est que l'apparition rapide de signes de péritonite chez notre malade concordait mieux avec un renversement de l'utérus qu'avec un corps fibreux. Enfin, je répondrai à M. Forget que j'ai vu assez souvent l'utérus conserver après l'accouchement un volume considérable, et cela pendant un temps fort long, aussi long que la durée de la métrite, pour être bien convaincu que le même phénomène aurait pu et même aurait dû se produire, s'il y avait eu un renversement.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

Séance du 11 mai 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

INCIDENT.

— Sur quelques paroles prononcées par M. Giraldès au sujet des notes écrites, communiquées au secrétaire et publiées dans le *Bulle-*

tin, s'élève une discussion à laquelle prennent part plusieurs membres de la Société.

M. le président fait observer qu'aucune disposition du règlement ne s'applique à ce fait, et qu'il ne peut être le sujet d'une discussion régulière que lorsqu'une proposition de modification au règlement, signée par trois membres, aura été l'objet d'un rapport fait par une commission nommée à cet effet.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Montpellier médical*. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

— M. Legouest présente, au nom de M. le docteur Mire, médecin stagiaire à l'École du Val-de-Grâce, sa thèse inaugurale intitulée : *Des procédés de névrotomie applicables au traitement de la névralgie sous-orbitaire*.

— M. Guyon présente, au nom de M. Formento, ancien chirurgien en chef de l'hôpital de la Louisiane, à Richmond, une brochure intitulée : *Notes et observations sur la chirurgie d'armée*. Ce travail présente un intérêt spécial en raison de la guerre actuelle d'Amérique.

— M. le docteur Heurtaux adresse à la Société une observation intitulée : *Tumeur kystique du testicule; lésions de l'enchondrome et du cancroïde; castration; guérison*. (Commissaires, MM. Boinet, Dolbeau et Guyon.)

— M. le docteur Rouhier adresse une observation de *Gangrène diabétique accompagnée d'hydropisie générale avec albumine dans l'urine*. (Commissaire, M. Forget.)

— M. Ollier adresse une observation intitulée : *Polype naso-pharyngien. — Ablation du maxillaire supérieur comme opération préliminaire. — Conservation du périoste et reproduction de l'os. — Guérison constatée sept mois après l'opération*.

DISCUSSION.

Résections traumatiques.

M. LARREY. La résection du genou proposée par M. Verneuil pour des coups de feu est, au point de vue de la chirurgie militaire, une question grave que je regrette de n'avoir pu discuter dès la dernière séance. La Société m'excusera de n'avoir pu y venir en m'accordant aujourd'hui son attention pendant quelques instants.

La proposition émise par M. Verneuil de substituer la résection du genou à l'amputation de l'extrémité inférieure de la cuisse dans les blessures par armes à feu, est assurément une pensée fort louable

pour les principes de la chirurgie conservatrice, dont je me suis toujours déclaré l'un des plus zélés partisans. Les deux succès obtenus par notre honorable collègue dans des cas particuliers ont pu lui faire espérer bien davantage et lui suggérer la pensée d'étendre le principe de cette opération à la pratique des armées, sans que ces deux faits puissent suffire, comme l'a déjà dit M. Legouest, pour généraliser une proposition aussi contestable aux yeux de la plupart des chirurgiens militaires.

M. Verneuil ne prétend pas avoir eu recours le premier à la résection du genou pour des blessures par armes à feu, car il avait été précédé dans cette voie, ainsi que l'a rappelé M. Giraldès, par d'habiles praticiens des armées, sinon en France, où cette opération avait été proscrite par nos devanciers, du moins à l'étranger, où elle ne compte que d'assez tristes résultats et peu de partisans, malgré les tentatives de Guthrie et de MM. Mac-Leod, Stromeyer, Esmark, etc.

Nous connaissons tous cependant quelques-uns des faits assez rares de résection du genou appliqués heureusement à des tumeurs blanches articulaires, depuis le premier succès dû à Parck, vers la fin du siècle dernier, et encore était-ce, dans ce cas, après bien des difficultés et après plusieurs mois de traitement. On ne saurait donc contester certains résultats favorables obtenus pour des lésions organiques du genou, mais on ne peut méconnaître non plus les résultats contraires, fussent-ils attribués à d'autres causes qu'à la résection. Et celle-ci est du nombre des opérations dont il est impossible de juger exactement la statistique, parce que l'on a eu soin d'en publier les succès et d'en cacher les revers.

Il fallait avoir la bonne foi et toute l'autorité de notre ancien maître, M. Roux, par exemple, pour déclarer ses échecs aussi loyalement que ses réussites en chirurgie. Nous en avons tous été témoins, et parmi les cas auxquels je fais allusion en ce moment, se présentait la première des résections du genou pratiquées par l'habile chirurgien. Il éprouva d'abord de grandes difficultés dans l'opération, ne put conjurer ensuite des accidents graves, et eut enfin le regret de voir périr le malade, qui lui reprochait de n'avoir pas été amputé de la cuisse.

Admettons néanmoins que la résection du genou doive rester dans la pratique générale comme une opération régulière, préférable quelquefois au sacrifice du membre, pour des tumeurs blanches reconnues incurables ou pour des lésions organiques de l'articulation ; mais je ne saurais admettre l'application de ce principe à la plupart des blessures par armes à feu, compliquées de plaies pénétrantes du genou, telles que nous les voyons en campagne.

Les circonstances au milieu desquelles se trouvent les blessés à la guerre, diffèrent essentiellement de la situation des malades dans un hôpital, et si l'on peut quelquefois les placer dans des conditions analogues, par le peu d'importance do l'action engagée, par le petit nombre des hommes atteints, par la facilité des moyens de transport, par les ressources de la pratique chirurgicale et par la surveillance des opérés, il en est tout autrement d'ordinaire après une grande bataille.

Les blessés, par centaines, si ce n'est par milliers, présentent toujours un nombre plus ou moins considérable de lésions du genou, dépassant le nombre des brancards disponibles, malgré l'activité des ambulances volantes et malgré l'empressement des premiers secours. Une résection du genou ne serait d'ailleurs jamais praticable sur le terrain, tandis qu'à la rigueur une amputation de cuisse serait plus facile sous le feu de l'ennemi. Il en serait à peu près de même aux ambulances stationnaires et dans les hôpitaux provisoires, dépourvus des ressources indispensables au succès d'une opération délicate à faire, importante à surveiller et lente à guérir. Ces conditions, pour tout prévoir, sont plus difficiles encore au milieu des marches forcées, dans une retraite, dans une déroute, ou à la poursuite de l'ennemi. Je reconnais bien que les difficultés sont à peu près les mêmes pour les amputations de la cuisse, mais elles n'entraînent pas d'aussi graves conséquences que pour les résections du genou, exigeant plus de précautions chirurgicales.

Les indications précises de la résection me paraissent, du reste, fort restreintes à la suite des blessures d'armes à feu des combats. Ce ne sont plus, en effet, comme à la chasse, dans un duel, ou par accident, des plaies étroites, produites par de petits projectiles, grains de plomb, chevrotines ou balles de pistolet, qui perforent l'une des surfaces articulaires ou s'y enclavent. Dans ces cas-là, comme dans les deux observations de M. Verneuil, la résection serait préférable à l'amputation, pourvu encore que la lésion articulaire n'offrît aucune chance de guérison par les ressources de la chirurgie conservatrice.

Mais il s'agit pour nous de blessures bien autrement graves, depuis surtout que les projectiles de guerre ont été perfectionnés pour la plus grande destruction des armées. Ce sont donc ordinairement des mutilations par des projectiles de plus gros calibre, balles cylindriques ou cylindro-coniques, déchirant les parties molles et brisant les os comminutivement, ou par des biscaïens et des éclats d'obus qui dilacèrent le genou et fracassent les extrémités articulaires du fémur ou du tibia, écrasent la rotule, arrachent la tête du péroné,

en déterminant des fissures profondes inter-articulaires ou prolongées dans la diaphyse osseuse, avec tous les désordres des plaies articulaires compliquées de la présence de corps étrangers.

Comment préciser alors les limites de la blessure pour fixer le niveau de la résection ? Comment s'assurer que la fracture comminutive de l'articulation ne s'étend pas au loin, sous forme de fracture longitudinale? Rester en deçà de la lésion deviendrait une opération insuffisante ; aller au delà serait inutile, et, dans l'une ou l'autre alternative, on compromettrait le succès d'une opération aussi hasardée, en supposant même que les vaisseaux et nerfs ne fussent pas atteints.

Supposons même que provisoirement la résection du genou simplifie les accidents de la blessure, elle en provoquera d'autres inévitablement redoutables, par l'étendue de la plaie, par le développement de l'inflammation et de la fièvre traumatique, par l'abondance de la suppuration, si la plaie ne peut être réunie assez immédiatement, d'où le phlegmon, les abcès, les fusées purulentes dans la profondeur de la cuisse ou de la jambe, exigeant des incisions, des contre-ouvertures, qui donnent accès par autant de points à la fatale résorption. Et si l'opéré se trouve soumis en même temps aux effets du froid, aux conditions de l'insalubrité, aux miasmes de l'encombrement, ou aux ravages d'une épidémie d'érysipèle, de pourriture d'hôpital, de dyssenterie, de choléra, de typhus, par la prolongation forcée de son séjour au milieu de ces foyers d'infection, ou par l'impossibilité de son évacuation sur d'autres lieux ; quel sort sera le sien ? Les mêmes dangers sans doute menacent l'amputé de la cuisse avec plus de gravité, même dans certains cas, mais beaucoup mieux cependant pour d'autres raisons, et je vais les exposer.

Que la résection du genou ne soit pas absolument difficile pour un chirurgien exercé, lorsqu'elle ne retranche qu'une partie des extrémités osseuses de l'articulation, elle n'en est pas moins une opération sérieuse, par la dénudation considérable des tissus, par l'isolement nécessaire des vaisseaux et nerfs poplités, ainsi que de certaines attaches musculaires.

Cette opération est d'ailleurs incontestablement plus longue à pratiquer que l'amputation, et bien que cette différence ne doive jamais entrer en ligne de compte, pour quelques cas isolés, elle ne saurait être méconnue au milieu de la multitude des blessés d'un champ de bataille, alors qu'il faut les secourir tous, selon la gravité des cas, et les fractures compliquées du genou s'y trouvent d'ordinaire dans une proportion assez notable.

Or, voici l'alternative où se trouveraient les chirurgiens des ambu-

lances et des hôpitaux, soit de pratiquer la résection, avec quelque chance de succès, pour des lésions assez circonscrites du genou, mais alors que des pansements méthodiques et des soins actifs suffiraient peut-être à la conservation du membre, soit de recourir à cette opération, sans aucune probabilité de réussite, pour des fractures compliquées de l'articulation, suivies d'accidents graves et entraînant enfin l'amputation consécutive de la cuisse dans les conditions les plus mauvaises.

La réunion immédiate de la vaste plaie ne semble pas difficile après une résection superficielle et limitée, pour une lésion circonscrite et peu profonde ; mais il n'en serait pas de même, à la suite d'une résection plus considérable, pour une fracture compliquée à la fois des accidents de la blessure et des accidents de l'opération.

La résection une fois faite par un chirurgien de talent, nécessite une surveillance attentive et l'immobilité complète du membre, sous peine d'être compromise dans ses résultats par des mouvements immodérés et inévitables, par l'écartement, le déplacement ou le défaut de juxtaposition des surfaces osseuses, par la rétraction musculaire, par le défaut de vitalité des lambeaux ou par le refoulement de la peau, par des conditions défectueuses de l'appareil, par toutes les causes, en un mot, de dérangement mécanique. L'un des partisans les plus connus des résections, Moreau fils (de Bar-le-Duc), voyait dans cette surveillance spéciale et prolongée une condition indispensable au succès de la résection du genou, qu'il avait tentée seulement pour des lésions organiques de l'articulation.

De la difficulté d'une contention exacte, sinon parfaite, par ces différentes causes, résulte une tendance regrettable au défaut de consolidation osseuse ; et cependant cette soudure des extrémités réséquées est le but de l'opération, car il n'y a pas à espérer une pseudarthrose assez favorablement établie, pour suppléer jamais, dans ce cas, à l'articulation naturelle. Ce défaut de consolidation a donc pour inconvénient un défaut de rectitude et une mobilité persistante, sans bénéfice pour le membre qui tend à se dévier de plus en plus dans un sens ou dans un autre, surtout en dehors, offrant ainsi une difformité plus ou moins marquée, en même temps qu'il perd à peu près ses fonctions et s'atrophie progressivement.

Je n'ai pas à examiner ici la valeur des appareils contentifs dont on a fait usage et qui paraissent insuffisants, s'ils sont trop simples, embarrassants, s'ils sont trop compliqués, dans les conditions même les plus favorables de la pratique civile. Que serait-ce, en campagne, pour ce seul point matériel de la question, au milieu des difficultés

de transport et d'approvisionnement de nos appareils de chirurgie militaire ?

Et si l'insuffisance des moyens mécaniques, gouttières ou autres, empêche la consolidation ou contribue seulement à y mettre obstacle, combien d'autres accidents peuvent y suffire ou compromettre la guérison ! C'est d'abord l'hémorrhagie, qui semble cependant devoir être plus rare ou moins redoutable qu'après l'amputation de la cuisse, mais dont la source peut être plus difficile à trouver et à tarir ; c'est ensuite l'inflammation suppurative, dont nous avons indiqué les conséquences graves ; ce sont enfin les complications de toutes les blessures ou de toutes les grandes opérations faites à la guerre.

Deux de ces complications me paraîtraient plus particulièrement à craindre, si on tentait de généraliser la pratique de la résection du genou à l'armée.

Ce serait, en premier lieu, la gangrène traumatique, déjà provoquée par la lésion ou la dénudation du nerf et des vaisseaux poplités, soit contuse par le projectile ou les fragments d'os, soit compriméo par le rebord des portions réséquées, ou bien par la contention de l'appareil. Cette gangrène aurait du reste plus de tendance à se manifester alors, sous l'influence des causes générales observées en campagne.

Ce serait, en second lieu, l'ostéomyélite, plus redoutable aussi qu'après l'amputation. Le fait de la blessure ou l'action du projectile, qui aurait fracturé l'articulation en éclats prolongés vers la diaphyse, la fissure ou la fracture longitudinale qui en résulte, la contusion violente des os brisés, la commotion du tissu médullaire et la vaste surface ouverte par la résection elle-même aux accidents de l'inflammation traumatique, seraient autant de causes de cette ostéomyélite, avec laquelle les chirurgiens sont obligés de compter aujourd'hui.

Ajoutons que des fragments osseux méconnus ou peu mobiles d'abord peuvent surgir, s'isoler, se nécroser, s'éliminer par leur contact avec le pus, et agissent alors comme des corps étrangers au voisinage ou dans le foyer de la plaie et à la surface des os réséqués, do manière à constituer là une nouvelle cause d'ostéomyélite ou de nécrose, sinon de gangrène.

Et si l'extraction de ces esquilles tertiaires ou de ces séquestros était trop tardive, on ne pourrait enrayer la marche des accidents ; il faudrait bien aviser à une ressource extrême.

De là des indications nouvelles compromettant à la fois le succès de la résection primitive du genou et celui d'une amputation consécutive de la cuisse, car il n'y aurait plus à tenter les chances d'une résection secondaire en pareille occurrence, et sans doute que les chi-

rurgiens les plus disposés à recourir tout d'abord à cette opération s'en abstiendraient ensuite.

Mais en supposant qu'aucune de ces graves complications ne survienne et que la résection du genou soit faite dans les conditions les plus favorables à une blessure articulaire, la cicatrisation sera certainement plus longue et plus difficile que celle de l'amputation de la cuisse, en même temps que l'opéré sera davantage exposé à toutes les vicissitudes de sa situation en campagne.

Quant au résultat définitif, fût-il présumé le plus heureux, il ne garantirait pas encore d'une manière durable la soudure complète et régulière des extrémités réséquées de l'articulation, ni la déviation consécutive du membre, ni sa faiblesse ou son impuissance.

Resterait un raccourcissement inévitable proportionné à l'étendue de la résection, et rectifié sans doute par une chaussure assez haute; mais cette difformité elle-même exigerait pendant longtemps encore des précautions et l'usage prolongé des béquilles, pour rendre la marche moins pénible et pour prévenir de nouvelles complications.

Il y aurait enfin une grave responsabilité morale pour les chirurgiens militaires à substituer, dans de telles conditions, le principe de la résection du genou aux soins de la temporisation pour les cas simples, et à l'amputation de l'extrémité inférieure de la cuisse, pour les cas compliqués de blessures de l'articulation fémoro-tibiale. Il faudrait avant tout, comme en présence des dangers d'une opération douteuse, en faire connaître les chances aux blessés, afin de leur laisser à peu près le choix des risques à subir, et de ne pas les autoriser autrement à adresser des reproches à leurs chirurgiens.

Je n'hésite pas à le déclarer en terminant : s'ils connaissaient d'avance les incertitudes et les périls d'une opération présumée simple, bon nombre de soldats mutilés au genou par des coups de feu, préféreraient sans doute les chances de l'amputation de la cuisse aux chances de la résection articulaire, et les avantages d'un cuissard solide aux inconvénients d'un appareil incommode pour la marche et pour les mouvements du membre. Il faut savoir enfin que l'esprit militaire attache souvent un légitime orgueil à ne point dissimuler par les moyens de prothèse les mieux fabriqués, l'aspect d'une mutilation glorieuse.

La conclusion générale que je suis porté à établir, d'après toutes ces considérations, au point de vue de la chirurgie militaire, c'est que les blessures par armes à feu de l'articulation fémoro-tibiale, inguérissables par les ressources de la chirurgie conservatrice, doivent être soumises en principe, pour la plupart à l'amputation de la cuisse

dans son tiers inférieur, et par exception, ou pour des cas réservés, à la résection du genou.

M. VERNEUIL. En communiquant mes observations de résections articulaires pour plaies d'armes à feu, et en particulier deux cas heureux de résection du genou, mon intention n'était pas assurément de revendiquer la moindre part de priorité dans l'idée ni dans la pratique. Je savais trop que pour le membre supérieur ces opérations étaient acceptées en principe par tout le monde et depuis fort longtemps ; je savais que la résection du genou avait été pratiquée dans ces circonstances une dizaine de fois environ, mais qu'elle n'avait jusqu'à présent donné que d'assez mauvais résultats, et qu'elle était en conséquence rejetée par la plupart des chirurgiens militaires, au moins en France.

Certes je n'avais pas l'outrecuidance d'opposer mon expérience d'hier à celle de nos éminents confrères de l'armée, ni la prétention de leur faire la leçon ; cependant je me croyais autorisé à leur demander s'il n'y aurait pas lieu de reviser les objections opposées à la plus belle peut-être des opérations conservatrices. Je présentais donc deux succès aussi complets que possible, offrant une valeur incontestable au point de vue de la chirurgie des batailles, puisque l'un de nos opérés avait fait cinquante lieues pour venir chercher la résection, et que l'autre avait été opéré tardivement au milieu des accidents locaux et généraux les plus formidables. Ces conditions de transport lointain et de délai prolongé pouvaient se représenter en temps de guerre, et du moment qu'elles ne rendaient pas la résection impraticable, j'en concluais que la sphère d'application de cette dernière se trouvait singulièrement agrandie.

M. Giraldès, sans blâmer ma conduite dans l'espèce, a cependant contredit la plupart de mes assertions dogmatiques. Concluant du général au particulier, il a avancé que la résection du genou pour plaies d'armes à feu était adoptée par les chirurgiens d'armée et qu'elle était entrée dans la pratique des camps. Il a cité divers chirurgiens étrangers qui l'auraient préconisée, entre autres notre collègue M. Mac Leod et ceux qui ont écrit sur la guerre des duchés (1849). Je n'ai pu vérifier toutes les citations de M. Giraldès. Cependant j'ai pu constater que l'accord n'était point unanime. En effet, voici comment s'exprime M. Mac Leod : « Admirant comme je le fais les courageux essais qui ont été tentés dans la pratique civile pour sauver les membres par l'excision du genou, je regrette qu'ils ne puissent être appliqués à la pratique militaire ; mais, sauf de rares circonstances, je crois qu'ils ne réussissent pas à cause du traitement consécutif qui exige trop

de soins, et de la longue convalescence nécessaire au succès. » (*Notes on the Surgery of the Crimean war*, 1858.)

M. Esmarck, chirurgien danois très distingué, qui a pris part à la guerre des duchés et qui est grand partisan de la résection du genou en général, dit à son tour : « Toute plaie d'arme à feu de l'articulation du genou dans laquelle l'épiphyse du fémur ou celle du tibia a été affectée réclame l'amputation immédiate de la cuisse. C'est une déplorable règle de nécessité formulée déjà par les meilleures autorités et que notre expérience confirme entièrement. »

En ce qui touche la chirurgie militaire française, qui n'est, que je sache, ni moins conservatrice ni moins progressiste que toute autre, M. Legouest dans la première séance, M. Larrey dans celle-ci, se sont chargés de répondre indirectement à M. Giraldès et de confirmer mes appréciations sur l'état où en est la question pour les praticiens de l'armée.

Ce n'est point *à priori* que M. Legouest repousse la résection susdite, c'est en alléguant des motifs très-sérieux ; il invoque entre autres les mauvaises conditions des blessés en campagne, les difficultés du transport, la longueur de la suppuration et de la cicatrisation, la minutie et la multiplicité des pansements, la complication des appareils si simplifiés qu'on les suppose, les dangers d'un séjour de trois mois au moins dans les ambulances ou les hôpitaux si souvent encombrés, etc.

M. Larrey a parlé dans le même sens et s'est montré moins confiant envers l'opération elle-même et ses suites ; il a rappelé, comme M. Giraldès, les délabrements considérables occasionnés communément par les projectiles de guerre et contre-indiquant par leur étendue l'excision simple du genou ; puis les grandes dimensions de la plaie ; le danger des hémorrhagies, de la gangrène, de la pourriture d'hôpital ; les difficultés d'immobiliser le membre ; la crainte d'un défaut de consolidation et la menace d'une amputation consécutive ; il considère enfin l'opération comme délicate et longue, ce qui empêchera de la pratiquer sur le champ de bataille, où l'on a si peu de temps à soi, et enfin les déceptions qui attendent le blessé et le chirurgien si le résultat que le second promettait au premier fait défaut, etc.

Il est évident que j'ai bénéficié de conditions générales bien différentes, et qu'elles doivent compter pour beaucoup dans les succès que j'ai obtenus. Je reconnais bien volontiers que si elles m'avaient manqué, j'aurais hésité beaucoup à tenter la conservation du membre. Au sein même de nos hôpitaux civils si abondamment munis de tout, et dans lesquels le temps ne compte pour ainsi dire pas, je n'au-

rais sans doute point obtenu quatre guérisons sur quatre opérations.

J'accepte donc dans une certaine limite les arguments de mes honorables contradicteurs, mais la question n'en peut rester là ; ils me permettront donc de leur répondre et de porter le débat sur un terrain moins étroit.

Et d'abord j'ai dit intercurremment que ma communication pouvait intéresser les chirurgiens militaires, mais ce n'est pas pour eux seuls qu'elle est faite, et j'ai l'espoir que la pratique civile en pourra tirer profit. Si dans moins de deux ans j'ai rencontré quatre occasions, c'est que celles-ci ne sont pas très-rares ; cependant, si je consulte les recueils périodiques français de ces dernières années, je constate, non sans surprise et regret, l'absence presque complète de documents relatifs aux résections articulaires par causes traumatiques. J'examinerai plus loin si j'ai trop facilement admis les indications opératoires, et sous ce rapport je livre ma conduite à votre critique ; mais si je n'ai pas violé les règles d'une chirurgie sage, il est vraisemblable que le principe salutaire des résections, si généralement accepté qu'il puisse être dans les livres, n'est pas encore appliqué sur une assez large échelle, et que le sacrifice du membre lui est encore trop uniformément préféré.

J'affirme qu'il n'entre dans mon esprit aucune arrière-pensée de blâme ; mais je dois dire que la presque totalité des praticiens instruits, qui avaient vu les malades cités, convaincus d'ailleurs de l'impuissance de la thérapeutique, avaient considéré l'amputation comme inévitable.

Je vais plus loin, et sans calomnier personne, je soutiens qu'en ce moment même la plupart des chirurgiens français, dans les grandes villes et dans les provinces, à Paris même, dans nos hôpitaux, émettent encore des doutes sur la valeur définitive de la résection du genou considérée dans toutes ses applications. Sans en tirer la moindre vanité, je crois être, dans ce pays et depuis la renaissance de cette pratique, le seul qui ait exécuté l'opération pour des cas traumatiques, et comme je pense être dans le vrai, je crois utile de faire cesser les préventions et de montrer l'exemple, surtout à nos confrères de province, qui précisément sont mieux en mesure que nous de tenter et de mener à bonne fin l'entreprise. Ils disent bien que l'opération n'offre aucune difficulté sérieuse, qu'elle n'est pas plus dangereuse que l'amputation de la cuisse, qu'en cas de réussite elle satisfait pleinement les malades et l'opérateur ; ils savent bien qu'une jambe ankylosée vaut mieux qu'une jambe de bois ; mais, pour convertir les sceptiques et décider les hésitants, rien ne vaut les faits récents et palpables.

La première chose à faire était de démontrer la valeur absolue de l'opération. Je répéterai donc que la résection du genou est une opération très-facile, qui s'exécute sur le vivant comme à l'amphithéâtre, et qu'un chirurgien très-ordinaire peut la pratiquer sans préoccupation; c'est à ce point que si je n'avais à ma disposition qu'un petit nombre d'aides ou des aides peu exercés, je la trouverais beaucoup plus facile que l'amputation de la cuisse, à cause de l'hémostase qui dans cette dernière constitue toujours un temps délicat. Dans la résection, pourvu que le bistouri côtoie toujours les os et n'aille pas blesser l'artère poplitée, il n'y a véritablement rien à craindre. L'opéré ne perd que très-peu de sang, quelquefois il n'y a pas une ligature à faire. Quoi qu'on en dise, l'étendue totale de la plaie de la résection n'est pas supérieure à la surface du cône creux ou des lambeaux de l'amputation. Quant à la durée de l'acte opératoire et du pansement primitif, elle dépasse à peine celle de la section complète du membre, y compris les ligatures et la réunion; la différence serait d'ailleurs de quelques minutes seulement.

Si j'ajoute que la mortalité n'est pas plus considérable qu'à la suite de l'amputation, que si cette dernière devient ultérieurement nécessaire, elle offre alors une grande bénignité; qu'en cas de réussite la résection satisfait pleinement le blessé et l'opérateur; que le raccourcissement inévitable peut être facilement pallié par une prothèse très-simple et par un appareil infiniment moins onéreux et plus commode que la jambe de bois; qu'au point de vue du moral il y a une différence immense à proposer à un malheureux blessé le sacrifice radical de la cuisse ou à lui présenter la perspective de la conservation d'un membre ankylosé; si, en un mot, je prouve que la résection peut à la fois sauver la vie menacée et conserver un membre utile, les hésitations, les scrupules, les préventions auront un terme, et ma conduite sera approuvée et imitée par ceux qui se trouveront dans des conditions analogues à celles où je me suis trouvé.

Dans ma pensée, les faits que je livre à la publicité démontrent la valeur absolue de l'opération conservatrice quand elle est pratiquée dans des *circonstances convenables*. Ces termes, si vagues qu'ils paraissent, sont faciles à comprendre pour un chirurgien sagace; ils signifient que la réussite exige :

1° Des lésions anatomiques bornées à une certaine étendue;

2° Des conditions adjuvantes de milieu, de temps, de soins consécutifs, etc., ni plus ni moins que pour toute autre opération de même genre.

MM. Giraldès et Larrey pensent que l'excision du genou est rarement utilisée par les chirurgiens d'armée, parce que les lésions dé-

terminées par les redoutables projectiles actuels sont trop étendues en général. J'admets le cas, et reconnais qu'une balle volumineuse et conique traversant le genou de part en part y cause de grands ravages; mais les choses ne se passent pas toujours ainsi. L'articulation peut être plus ou moins profondément atteinte, les os partiellement brisés. J'ai vu des pièces anatomiques comportant très-bien l'opération conservatrice, quoique provenant de lésions de ce genre. Les événements de février et de juin ont donné encore aux chirurgiens civils une certaine expérience. Que conclure de cela? Que lorsque les désordres sont trop étendus, il faut amputer, et réséquer si les dégâts le permettent. En cas d'incertitude, il faut faire ce que M. Legouest et moi avons fait chez mon premier malade; savoir, ouvrir la jointure, examiner l'état des parties, et se décider alors soit à réséquer, soit à amputer. Cette exploration n'aggrave rien, elle demande à peine quelques minutes, en supposant qu'elle ne serve qu'à démontrer la nécessité de l'amputation. En résumé, la résection ne saurait être responsable des fautes et des témérités qu'on pourrait commettre en son nom. Il semble, au premier abord, que cette témérité a eu cours dans le cas de Corbeil, où nous constatâmes l'existence d'une vaste fusée purulente s'étendant jusqu'au haut de la cuisse dans les interstices musculaires. Toutefois, notre conduite est explicable. Cette terrible constatation fut faite alors que l'opération était finie. Fallait-il, séance tenante, amputer la cuisse au milieu du foyer purulent ou tout proche du petit trochanter, ou dans l'article coxo-fémoral? Cela nous parut trop aléatoire, et nous jugeâmes meilleur d'en rester là.

Dans tous les cas, le malade nous paraissait voué à une mort presque certaine, et il nous parut que la médecine opératoire avait fini son rôle. Le malade guérit par miracle.

Je n'en conclus pas que la résection est indiquée quand le membre tout entier est sillonné par des fusées purulentes. Je donne le fait pour ce qu'il vaut, c'est-à-dire pour une démonstration éclatante, mais fortuite, des ressources de la nature, pour un argument en faveur de la légitimité des opérations *in extremis*, plutôt que comme un exemple concluant en faveur de l'opération conservatrice que je préconise.

Il ne s'agit évidemment point de substituer toujours la résection à l'amputation; chacune de ces opérations a sa sphère d'application plus ou moins bien définie; elles sont congénères et non antagonistes, et je ne comprends pas qu'on soit exclusivement partisan de l'une ou de l'autre. Je veux seulement dire que lorsque la résection du genou

est anatomiquement praticable, elle doit être préférée à l'amputation de la cuisse.

Une fois acquise au débat la valeur réelle, intrinsèque de la résection du genou, nous devons procéder à la recherche des moyens qui peuvent en assurer la réussite, c'est-à-dire à la manière de réaliser ces conditions adjuvantes, dont je reconnais avec M. Legouest l'immense importance. Il est clair que cette recherche eût été vaine et futile si l'expérience s'était prononcée sans réplique en faveur de l'amputation de la cuisse, et nous revenons ainsi à la pratique des champs de bataille.

Je ne méconnais nullement les conditions tout à fait particulières dans lesquelles se trouvent forcément nos confrères en campagne. A l'impossible nul n'est tenu, et il serait bien injuste de considérer comme une faute chirurgicale l'adoption d'une méthode quelconque imposée par la nécessité.

Un anévrysme étant donné, tout chirurgien préférera la compression manuelle ou mécanique à la ligature; mais si l'on n'a ni aides ni machines, il faudra bien se décider à découvrir l'artère et à l'étreindre.

Dans les longs débats relatifs à l'amputation de la jambe, vous avez entendu plusieurs de nos collègues les plus éminents vous dire que les chirurgiens militaires étaient en quelque sorte contraints d'adopter la section au lieu d'élection supérieur, quoique l'innocuité de l'amputation sus-malléolaire soit beaucoup plus grande à leurs yeux. Nous-mêmes, chirurgiens civils, nous ne pouvons pas toujours faire à l'hôpital ce que nous faisons dans la pratique privée, ni à la ville ce qui est possible à la campagne, etc.

Je comprends donc très-bien que dans telle circonstance donnée le chirurgien d'armée, tout en reconnaissant *scientifiquement* l'indication de la résection, soit forcé pour ainsi dire de faire l'amputation de la cuisse; mais la force majeure ne porte nulle atteinte aux principes, qui n'en restent pas moins debout.

Autorisez-moi donc à faire quelques hypothèses, ne fût-ce que pour l'avenir : Un combat a lieu auprès d'une ville, dans un pays civilisé, sillonné de routes, de voies ferrées. On relève les blessés dans les premières vingt-quatre heures, et on les répartit dans les ambulances, dans les hôpitaux, quelquefois même chez des particuliers de bonne volonté, comme cela s'est vu dans la campagne d'Italie. Qui empêcherait de placer dans des conditions aussi favorables que possible les blessés atteints au genou et qui seraient susceptibles de subir la résection du genou? La chose serait d'autant plus praticable que souvent pendant quelques jours les plaies articulaires offrent une

bénignité relative, et que l'on a même vu des malades qui pouvaient faire quelques pas avec un coup de feu dans le genou. Tel fut entre autres le jeune Bourguignon, qui après son accident put rentrer chez lui, essayer de seller son cheval, et qui d'ailleurs supporta très-bien son long voyage. Si les ligaments du genou sont conservés, le transport sera plus facile qu'à la suite d'une fracture de la diaphyse du fémur. Mes faits prouvent d'ailleurs que la résection peut être pratiquée avec succès plusieurs jours après l'accident, tandis que l'on s'accorde à dire que l'amputation, si elle est résolue, est beaucoup plus urgente, et qu'elle réussit beaucoup plus rarement si elle est pratiquée au moment où sévissent les complications inflammatoires.

J'attache avec M. Legouest une importance extrême à la question de milieu, et je pense qu'il vaudrait mieux, toutes choses égales d'ailleurs, opérer deux jours plus tard dans un lieu suffisamment salubre, que deux jours plus tôt dans un établissement encombré. C'est précisément pour appuyer cette manière de voir que j'ai mis en relief les conditions variées et assez défavorables dans lesquelles se trouvaient mes blessés. Pour l'un, grande distance ; il arrive dans les deux premiers jours de la Bourgogne à Paris : il n'est opéré que le quatrième jour. Pour l'autre, transport beaucoup plus restreint, mais temporisation prolongée dans l'espoir d'une guérison par la nature : développement lent et insidieux de phénomènes locaux et généraux graves ; préoccupation morale mauvaise équivalant à l'influence dépressive d'une défaite, c'est-à-dire la cour d'assises en perspective. Opération vers la fin de la troisième semaine, et avec des lésions qui contre-indiquent presque l'amputation elle-même. Chez les deux autres (coude), essai de conservation ; accidents locaux et généraux graves aussi ; phlegmon local énorme ; action chirurgicale inévitable ; amputation paraissant indispensable. Dans les quatre cas, la résection agit si efficacement au point de vue thérapeutique, que dans les quatre premiers jours, en moyenne, le cortége des accidents s'évanouit et que la conservation de la vie est presque assurée. D'où cette conclusion qu'en dépit de l'époque, la résection dût-elle ne pas fournir plus tard un membre bien utile, semble le moyen le plus énergique et le plus efficace de conjurer les menaces de mort.

Voilà le résultat empirique d'une série de faits à la vérité petite, mais à coup sûr encourageante. Est-ce à dire, pour cela, qu'on sauvera tous les réséqués ? Personne ne me prêtera une semblable exagération. Cependant je crois que le hasard n'a pas seul présidé à d'aussi beaux succès. On croyait autrefois que l'amputation, plus rapide, plus simple et plus régulière que la résection, devait nécessairement donner plus de succès. Aujourd'hui, et en y regardant de

plus près, on est arrivé à d'autres conclusions ; puis l'expérience a parlé, et, tout compte fait, on est convaincu que l'amputation donne en général plus de revers, abstraction faite du sacrifice irréparable du membre. Et d'ailleurs, une résection articulaire à la suite d'une plaie d'armes à feu n'est guère autre chose que l'application méthodique d'un principe dès longtemps proclamé par les chirurgiens militaires et civils en fait de fractures compliquées graves. Je veux parler du débridement et de la soustraction des esquilles et des corps vulnérants. Voici une région articulaire traversée par une balle ; la jointure est ouverte, les os sont brisés et les éclats disséminés dans les parties molles. Une inflammation traumatique formidable va surgir, provoquée par ces corps étrangers ; les liquides morbides s'écouleront difficilement et s'infiltreront dans les interstices celluleux.

On ouvre très-largement l'article dans un lieu convenable. On extrait les esquilles, on retranche les aspérités osseuses ; on met en présence et en contact des surfaces lisses, larges, taillées dans le tissu spongieux ; on supprime en grande partie la douleur, et l'on soustrait les nerfs. les muscles et les vaisseaux à de dangereux contacts ; on assure le dégorgement du tissu cellulaire et l'écoulement du pus. Quoi d'étonnant si cette pratique *éminemment antiphlogistique* fait cesser comme par enchantement l'orage inflammatoire local ?

Il est un point du parallèle entre l'amputation et la résection où cette dernière, j'en conviens, offre une infériorité manifeste. Je veux parler de la durée de la guérison. Il est clair que l'excision exige des soins consécutifs longtemps continués ; une contention permanente, minutieuse, plus ou moins difficile à obtenir ; des pansements réitérés, etc. Toutefois, il ne faut rien exagérer. Une fois l'opération faite, en supposant que le malade n'ait pas besoin d'être changé de lieu, les soins consécutifs sont assez faciles à administrer. Mon premier opéré a été soigné par sa mère, infirmière improvisée, qui a très-bien rempli sa tâche ; à la vérité, elle consistait simplement en applications froides réitérées, plus tard des cataplasmes trois fois par jour, un nettoyage de la plaie quand la suppuration fut abondante. Je voyais le blessé tous les jours pendant deux semaines, puis j'espaçais de plus en plus mes visites ; je changeais les pièces d'appareil tous les deux jours en moyenne : pas davantage. Mais l'amputation de la cuisse exige, ce me semble, une surveillance au moins égale pendant deux ou trois septénaires. Les premiers pansements réclament aussi dans ce laps de temps une main habile.

L'appareil contentif est beaucoup moins compliqué qu'on ne le croit. M. Lefort voulut bien faire confectionner par un menuisier celui qui m'a servi la première fois, et je l'ai fait reproduire à mon

tour la seconde : quelques bouts de planches, quelques charnières qui ne sont pas indispensables, des cordons, des coussins suffisent parfaitement. Cette machine grossière a parfaitement fonctionné ; je n'en emploierai jamais d'autres, et considère comme superflus les appareils roulants et compliqués que les chirurgiens civils ont imaginés et préconisés. Dans les premiers jours, d'ailleurs, la première gouttière venue est très-suffisante.

Au reste, les reproches faits à la résection du genou s'appliquent à toutes les autres opérations du même genre. La désarticulation scapulo-humérale, l'amputation du bras, créent moins de complications, moins d'embarras que les résections de l'épaule et du coude, ce qui n'empêche pas ces dernières d'être adoptées par les praticiens d'armée. Je veux seulement qu'on fasse rentrer l'excision fémoro-tibiale dans la règle commune, et qu'on ne la frappe pas d'une proscription exceptionnelle.

Je demande d'ailleurs à M. Legouest la permission de le combattre en prenant mes armes dans ses propres armes. Il fut un temps où les chirurgiens militaires étaient unanimes à considérer toute fracture de la diaphyse du fémur comme exigeant formellement l'amputation immédiate de la cuisse. Quelques protestations s'étaient élevées, et l'on avait montré des guérisons obtenues par l'expectation. M. Legouest a poussé la démonstration beaucoup plus loin que ses devanciers, et s'est inscrit contre le principe trop absolu du sacrifice du membre ; il a montré par des chiffres éloquents que l'on sauvait infiniment plus de blessés en tentant la conservation du membre.

Les plaies du genou, elles aussi, semblent réclamer l'amputation ; et je viens dire à mon tour que la résection, quand elle est anatomiquement praticable, doit lui être substituée, car elle représente la thérapeutique conservatrice. Il y a plus d'analogue qu'on ne pense entre les cas de fracture de la diaphyse et la fracture articulaire. Même difficulté de transport, même difficulté de contention, nécessité d'un appareil convenable et d'une surveillance incessante, suppuration prolongée ; pansements et nettoyages fréquents, convalescence très-longue, intervention manuelle assez réitérée, débridements, extraction d'esquilles, ouverture d'abcès, etc. : autant d'heures prises au chirurgien, beaucoup plus de souffrances pour le blessé ; mais, en revanche, moins de chances de mort et l'espoir de conservation d'un membre assez utile.

Supposons donc deux blessés arrivant ensemble : à l'un, la balle a brisé la diaphyse du fémur, à l'autre, ouvert l'articulation du genou ; si l'étendue des désordres ne commande pas l'amputation et que les circonstances intrinsèques permettent de tenter la conservation, je

dis que la position est la même. Quelques débridements, le nettoyage du foyer seront probablement indiqués chez le premier. Au second on fera la résection, après quoi ils se trouveront dans des conditions presque identiques; celui-là aura plus de chance de vie peut-être, mais celui-ci marchera probablement plus tôt; quant aux soins consécutifs, aux accidents possibles et à leur traitement, les différences seront minimes et le sort des blessés ne sera pas bien changé, parce que le projectile aura frappé l'un d'eux à quelques centimètres plus bas.

J'ai promis plus haut d'examiner impartialement ma pratique, non pour la justifier quand même, mais pour chercher si réellement j'aurais poussé trop loin ma prédilection pour la résection, en y soumettant sans exception les quatre seuls cas de plaies articulaires par armes à feu, qu'il m'a été donné de traiter.

En présence de semblab'es lésions, trois partis se présentent :

1° L'expectation aidée de la thérapeutique et au besoin de diverses petites opérations chirurgicales, débridement, ouvertures d'abcès, extraction d'esquilles, etc.;

2° La résection, également primitive ou consécutive;

3° L'amputation immédiate ou consécutive, suivant l'époque où on est appelé.

Les deux premiers moyens appartiennent à la chirurgie conservatrice, ils sont beaucoup plus longs, plus incertains que l'amputation, mesure essentiellement radicale.

Le choix entre ces trois partis n'existe réellement qu'au début et pour certains cas. Ainsi, par exemple, l'expectation pure et simple n'était admissible ni pour le malade de Corbeil ni pour celui de Ballancourt; les accidents locaux et généraux étaient parvenus à un degré de gravité qui n'offrait plus d'autre alternative que d'agir énergiquement ou de laisser infailliblement périr les malades. Certes j'aurais pu sacrifier d'emblée les membres sans encourir le moindre reproche.

Les malades consentaient et le dogme chirurgical m'aurait servi d'égide. Je voulus tenter encore là un essai conservateur, confiant que j'étais dans la puissance antiphlogistique de la résection. D'ailleurs, je me tenais prêt à recourir en dernier ressort à l'amputation, qui reste toujours possible en pareil cas, et qui, chose singulière, présente dans ces conditions une bénignité remarquable. Chez le blessé de Saint-Leu Taverny j'ai été contraint d'en venir à cette extrémité, mais à cause des hémorrhagies et non par le fait du fracas des os, la résection avait réellement donné le meilleur résultat. Assurément si j'avais pu prévoir l'inutilité de cette opération, l'éventualité

de la ligature de l'humérale et enfin la nécessité de l'amputation, j'aurais d'emblée mis en usage cette dernière, et pourtant, en la pratiquant le troisième jour après l'accident, elle eût présenté beaucoup plus de danger; il est donc presque heureux que la résection et la ligature agissant comme moyens dilatoires, aient retardé le sacrifice du membre jusqu'à une époque tardive où j'ai eu tous les bénéfices des amputations pathologiques.

Ce cas peut donc servir à démontrer la bénignité relative de la résection du coude, mais non sa valeur chirurgicale dans un cas où elle ne devait pas réussir définitivement, et où, à mon insu, elle était contre-indiquée. Laissons-le de côté comme celui de Corbeil, où la guérison tient du miracle. J'arrive à discuter exclusivement le cas du jeune Bourguignon et celui du second réséqué de Ballancourt.

Pour le premier, je ne songeai pas un seul instant à la thérapeutique ordinaire; elle ne m'inspirait aucune confiance, et, à mes yeux, il eût autant valu signer pour le blessé un arrêt de mort. MM. Legouest et Lefort avaient la même opinion. Tous les praticiens d'armée dont j'ai consulté les œuvres sont d'accord sur l'extrême gravité des plaies pénétrantes du genou avec fracas des os, et j'ajoute que ce que j'ai vu moi-même des plaies pénétrantes même les plus bénignes en apparence et au début, dépose dans le même sens. Permettez-moi de vous énumérer brièvement mes observations sur ce point.

Obs. I. — Il y a huit ans, je fus appelé à Chaillot près d'un homme de cinquante ans, robuste et vigoureux, qui, descendant sans lumière dans une cave, avait fait une chute sur des bouteilles. Un fragment de verre avait fait au côté externe du genou une plaie pénétrante longue de 5 centimètres entre le bord de la rotule et la cloison intermusculaire externe, division du fascia lata, ouverture d'une artériole, hémorrhagie qu'on avait arrêtée par le tamponnement et les styptiques après des recherches longues et inutiles du vaisseau blessé, phlegmon diffus à marche rapide envahissant la cuisse, arthrite suraiguë du genou, symptômes généraux formidables, mort au neuvième jour.

Obs. II. — Alors que je remplaçais Philippe Royer à l'Hôtel-Dieu, un homme de la campagne, fort et bien constitué, fut reçu pour une petite tumeur fibro-plastique développée dans l'épaisseur de la bandelette du fascia lata. L'extirpation fut faite, et malgré les précautions les plus minutieuses, l'articulation fut ouverte, la synoviale adhérant intimement à la face profonde de la tumeur. La plaie séreuse était fort petite, et pendant près de deux semaines tout parut aller à souhait. Mais la réunion de la peau ayant manqué, la suppuration s'étendit peu à peu dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique et l'ar-

thrite se développa insidieusement. Accidents locaux et généraux de plus en plus graves, suppuration diffuse de la cuisse et du creux poplité, synovite générale, amputation de la cuisse proposée et refusée, mort d'infection putride malgré les incisions, les injections, etc.

Obs. III. — Homme adulte, maçon ; chute sur un tas de pierres, plaie pénétrante du genou avec contusion des lèvres de la plaie. Apporté à l'hôpital Bon-Secours en 1847. Tentative de réunion qui échoue ; traitement antiphlogistique énergique sans résultat ; phlegmon cutané, arthrite suraiguë, ouverture large de la plaie, suppuration très-abondante, fièvre hectique, mort au bout d'un mois.

Obs. IV. — Même hôpital, même année. Jeune femme qui dans un incendie fut brûlée à la jambe et prise consécutivement d'aliénation mentale. Douleurs vives à la brûlure. Pendant un accès, la malade essaye de se détruire et se fait une plaie pénétrante du larynx ; on l'amène à l'hôpital. Tuméfaction considérable du membre inférieur, eschare à la partie interne du genou pénétrant dans l'articulation, arthrite aiguë purulente très-intense. L'état général empêche de proposer l'amputation de la cuisse. Mort une semaine après l'admission. Synovite violente, résorption des cartilages, ostéite des surfaces diarthrodiales, longues fusées purulentes dans les interstices musculaires de la jambe et de la cuisse.

Obs. V. — Hôpital Beaujon, 1858. Vieillard qui, en état d'ivresse, tombe près d'un foyer et se fait à la partie antérieure et externe du genou une brûlure circonscrite mais profonde. Phlegmon érysipélateux autour de l'eschare, puis phlyctènes et tendance à la gangrène, arthrite vive du genou, phénomènes généraux alarmants, amputation de la cuisse le sixième jour après l'accident, mort. La brûlure comprenait la synoviale, et l'articulation était remplie de sérosité purulente.

Obs. VI. — Les plaies péri-articulaires du genou sont elles-mêmes très-dangereuses. Lisfranc, en 1845, alors que j'étais son interne, enleva dans le creux poplité une tumeur volumineuse chez un homme d'une quarantaine d'années, d'une constitution robuste. La suppuration fut abondante et l'inflammation du foyer vive ; au bout de quelque temps, l'articulation fut envahie à son tour, et le malade mourut.

A la vérité, j'ai guéri moi-même, à la campagne et dans d'excellentes conditions hygiéniques, une plaie pénétrante du genou.

Un commerçant de cinquante ans tombe sur le genou sur un sol inégal parsemé de petits cailloux. Fracture de la rotule avec écartement de 2 centimètres ; plaie contuse de la peau précisément au niveau de l'interstice des fragments ; issue de synovie mêlée de sang.

Appelé quelques heures après l'accident par mon ami le docteur Samazeuilh, je réunis la petite plaie (15 ou 18 millimètres) avec une forte couche de collodion; application continue de glace; position horizontale, extension complète du membre, immobilité absolue; arthrite légère avec épanchement; réunion immédiate de la plaie; guérison. L'inflammation articulaire empêcha l'application exacte des moyens propres à effectuer la coaptation; il s'ensuivit un cal fibreux de plus de 2 centimètres, qui permit assez facilement la marche.

J'ai tiré de mon expérience cette conclusion, que les plaies pénétrantes du genou les plus simples sont d'une gravité extraordinaire lorsqu'elles suppurent et que la réunion immédiate qu'elles réclament impérieusement ne réussit pas. La mortalité de l'arthrite traumatique suppurée est effrayante. Aussi, quelque hardie que semble cette proposition, je serais disposé, dans certains cas, à proposer la résection du genou pour des plaies pénétrantes sans fracas des os, si la suppuration s'empare de la jointure. Il me semble qu'on sauverait plus de malades. Mais je m'aperçois que je parais téméraire, et que plusieurs d'entre vous font des signes négatifs. Or, mes convictions à cet égard datent de longtemps, puisque mes premières observations remontent à près de vingt ans; mes lectures n'ont fait que confirmer ces données. Je prie donc mes collègues qui pensent que je vais trop loin, de me citer çà et là une observation de guérison, puisqu'on peut évidemment guérir de tout, mais de réunir tous les faits qu'ils ont vus et de compter la proportion des morts et des guéris. Le pronostic des plaies pénétrantes du genou non susceptibles de réunion immédiate est, à mes yeux, tellement grave, que je crois devoir défendre mon confrère de Corbeil du reproche de négligence articulé contre lui avec une certaine légèreté.

Si le blessé, a-t-on dit, avait été traité plus énergiquement, si les fusées purulentes avaient été combattues en temps opportun, on aurait sans doute évité l'alternative de l'amputation ou de la résection; et moi je dis que l'expectation, aidée ou non des incisions, des débridements, etc., n'aurait pas empêché l'arthrite purulente et les désordres locaux de se produire. La rotule était réduite en fragments nombreux, la jointure ouverte, la peau contuse et sphacélée. Il n'y avait pas, en cette occurrence, une chance sur vingt de guérison spontanée. Peut-être seulement eût-il mieux valu faire plus tôt la résection ou l'amputation.

On comprend dès lors comment je n'ai pas hésité à agir sur mon premier blessé, dont le condyle interne était brisé, et dont l'épiphyse du tibia renfermait une balle enclavée, et voilà pourquoi, si pareil cas se présentait, j'agirais encore absolument de la même façon. Je

résume donc sans hésitation mon opinion dans les formules suivantes :

1° Toute plaie pénétrante du genou avec fracture des os exige l'amputation ou la résection, et surtout cette dernière, si elle est anatomiquement possible ;

2° Les cas de guérison, d'ailleurs très-rares, qu'on trouve dans les auteurs, doivent être considérés comme des exceptions sur lesquelles il ne faut pas compter ;

3° La résection et l'amputation pourront d'ailleurs être différées si les circonstances le permettent et si la réunion immédiate de la plaie peut être tentée ;

4° Quoique les chiffres ne soient pas encore assez nombreux, il est permis de croire, dès à présent, que l'expectation appliquée à ces lésions est la pire de toutes les méthodes ;

5° Certains cas de plaies pénétrantes du genou sans fractures devront être traités de même ; la résection en particulier leur serait très-applicable et promettrait plus de succès que la thérapeutique simple.

En ce qui concerne le coude, il est certain que les indications opératoires sont beaucoup moins impérieuses, car le pronostic des fractures compliquées de cette jointure est beaucoup moins grave. Je ne suis donc nullement surpris que M. Giraldès ait obtenu de bons résultats de l'expectation. Mais ceci n'infirme nullement la valeur de la résection appliquée à des lésions de ce genre. L'expectation a bien ses dangers et ses inconvénients ; on perd d'abord un certain nombre de blessés, puis ceux qui guérissent souffrent longtemps ; l'inflammation traumatique est intense et nécessite des incisions, l'extraction des esquilles, en un mot une succession de petites opérations qui réunies équivalent bien à l'acte unique, prompt et radical de la résection. Enfin, l'ankylose est presque inévitable lorsqu'on abandonne la curation aux soins de la nature ; tandis qu'après une résection bien faite et surtout bien soignée consécutivement, on peut espérer la récupération des mouvements dans une étendue très-convenable. J'en conclus que dans un grand nombre de cas de plaies par armes à feu du coude, lorsque l'on aura le choix entre l'expectation et la résection, on devra pratiquer celle-ci à titre d'opération conservatrice, simplifiant l'état des choses, abrégeant la durée, diminuant les douleurs et assurant mieux le fonctionnement ultérieur du membre. Pour combattre ces conclusions, il faudrait opposer aux résultats connus de l'excision une série égale et comparable de faits prouvant que l'expectation sauve plus de malades, les guérit plus vite, à moins de frais, et leur rend un membre plus utile. Que M. Giraldès me four-

nisse ce document, et peut-être alors reconnaîtrai-je que j'ai trop facilement adopté la résection comme règle générale.

M. GIRALDÈS. Je me borne à donner lecture d'une phrase de Guthrie, que j'emprunte à ses *Commentaires de chirurgie,* p. 82. Voici cette phrase : « Les plaies d'armes à feu de cette articulation (celle du genou) réclament l'amputation, à moins que la résection ne soit substituée à celle-ci; c'est un point à déterminer de savoir si la résection ne doit pas toujours lui être substituée quand cette articulation est blessée par balle de fusil. »

Je pourrais indiquer encore d'autres passages, mais je me borne à cette citation.

M. VERNEUIL. Je laisse à juger si cette citation indique que la résection du genou est formellement conseillée.

LECTURE.

Au nom de **M. DEBOUT**, M. Dolbeau donne lecture d'une note *sur l'hémimélie thoracique.* Il fait voir des plâtres et des dessins relatifs à cette malformation. M. Debout démontre dans ce travail que l'hémimélie est le résultat d'un vice du développement et non d'amputations ou de destructions intra-utérines, ainsi que le prouvent diverses observations physiologiques et des dissections de pièces, et en particulier celle qui a été faite par notre collègue M. Dolbeau.

M. Debout indique les conséquences importantes des dispositions anatomiques, au point de vue de la prothèse.

Cette note fera partie d'un travail plus complet que M. Debout doit communiquer à la Société.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Abcès de l'extrémité inférieure du tibia. — M. RICHET présente le pied et l'extrémité inférieure de la jambe d'un malade qu'il a amputé dans les conditions suivantes :

Le malade, âgé de trente ans, souffrait depuis l'âge de sept ans, par intervalles et souvent d'une manière très-violente; tout travail était impossible. Il demandait avec instance qu'on le débarrassât de son mal.

A l'extérieur, on ne remarque aucune lésion. Le tibia, fendu par le milieu, laisse voir à sa partie inférieure une petite cavité de forme pyramidale, effilée par en haut dans l'espace de 6 à 7 centimètres, et remplie d'une substance d'aspect cartilagineux, mais constituée par un tissu analogue à celui des cicatrices. Cette cavité s'ouvre tout près de l'articulation, sous le périoste, par une étroite fistule osseuse.

Le périoste est épaissi et enflammé, et il y a en même temps une ostéite condensante.

M. Richet pense qu'il y a eu là autrefois un abcès dont le pus s'est écoulé par la fistule et dont il ne reste plus que la membrane pyogénique épaissie.

M. DOLBEAU. Sans nier qu'il y ait eu là un abcès, je n'en vois aucune preuve, et peut-être faut-il rapporter les lésions que nous avons sous les yeux à autre chose qu'à un abcès. Deux fois déjà, sur un petit ramoneur et sur une jeune fille, j'ai eu occasion de voir et d'opérer de ces ostéites fongueuses où on ne trouve rien autre chose que des fongosités analogues à des bourgeons charnus. Et cependant les symptômes m'avaient fait croire à une nécrose, et ce n'est que par une recherche très-complète pendant le cours de l'opération que je reconnus l'absence de tout séquestre. Dans ces deux opérations j'eus à traverser, avant d'arriver à la cavité, une masse épaisse de tissu osseux éburné.

M. RICHET. La maladie dont parle M. Dolbeau est bien connue, et je l'ai observée un bon nombre de fois; mais dans ces cas, on observe des fistules s'ouvrant à l'extérieur. Ici il n'y en a jamais eu; le pus, si tant est qu'il y ait eu du pus, a toujours été renfermé dans l'épaisseur des tissus. Rien ne pouvait donc nous mettre sur la voie du diagnostic réel, puisqu'il n'y avait aucune lésion extérieure.

M. MARJOLIN. Cette curieuse observation montre à quel point il faut être circonspect avant d'affirmer la guérison des affections osseuses chez les enfants. Voilà un homme souffrant depuis l'âge de sept ans et qu'on a dû souvent croire guéri depuis cette époque. Je suis persuadé qu'un grand nombre de maladies des os observées dans les services hospitaliers d'adultes ont commencé et duré plus ou moins longtemps dans nos hôpitaux d'enfants.

M. BROCA. Je n'ai jamais observé de cas analogue à celui que nous présente M. Richet. J'avais bien connaissance des faits dont a parlé M. Dolbeau, et je ne pense pas qu'il y ait entre eux et celui-ci autant de différence que l'indique notre collègue. Dans les deux cas, l'effet est le même, bien que la cause première ou mieux le commencement de la maladie soit différent. Je suis persuadé qu'il y a eu primitivement une nécrose dans les faits de M. Dolbeau. Ici le diagnostic était à peu près impossible, mais je pense que si une semblable lésion pouvait être reconnue, et je ne doute pas que cela devienne possible à mesure qu'on connaîtra mieux les symptômes de chaque maladie osseuse, s'il n'y avait pas de fistule communiquant avec l'articulation, je pense que la trépanation de la cavité serait encore la meilleure

thérapeutique; cette substance dure, presque cartilagineuse, se ramollirait sûrement, et ce qu'on ne pourrait enlever disparaîtrait ou serait remplacé par un bourgeonnement de bonne nature.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, U. TRÉLAT.

Séance du 18 mai 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine.

— M. Mazza (Antonio), de Crémone, adresse une brochure intitulée : *Cas horrible d'infirmité spasmodique.*

— M. Dolbeau dépose sur le bureau, de la part de M. Edouard Fortin, élève des hôpitaux, une brochure intitulée : *Quelques considérations sur le traitement de l'ophthalmie purulente chez les nouveau-nés et les très-jeunes enfants.*

— M. Gaillard (de Saint-Julien-le-Petit) adresse une nouvelle lettre à propos du procédé qu'il a soumis à l'appréciation de la Société de chirurgie pour déterminer l'adhérence entre les parois des kystes de l'abdomen et les parois abdominales, et sur lequel M. Giraldès a fait un rapport. Après la lecture de cette lettre, M. Giraldès fait observer que le procédé de M. Gaillard n'a été employé que sur les animaux expérimentalement, et qu'il n'a dit que cela dans son rapport.

DISCUSSION.

Résections traumatiques.

M. GIRALDÈS. Dans le cours de la discussion, M. Verneuil a dit que je citerais sans doute les phrases de Mac-Leod, où il indique la résection du genou. Voici l'une de ces phrases : De même que j'admire les efforts tentés dans la pratique civile dans le but de conserver les membres au moyen de la résection du genou, de même je regrette que cela ne soit pas appliqué à la pratique militaire ; mais sauf quelques rares circonstances, je crains que cela ne puisse se faire en raison des soins minutieux et de la longueur de la convalescence.

Stromeyer s'exprime ainsi : Je n'ai point essayé de faire la résection du genou, en raison du peu de chances qu'elle présente et parce

que, dans la majorité des cas, il n'est pas facile de savoir quelle étendue d'os il faut retrancher.

Quant à la citation de Guthrie, si elle ne porte sur aucun fait particulier, c'est que le livre tout entier se compose d'une suite de propositions sous forme d'aphorismes qui constituent une sorte de vademecum du chirurgien militaire.

M. VERNEUIL. M. Giraldès nous a dit que la résection du genou était généralement acceptée, et il nous a cité Stromeyer, Guthrie et Mac-Leod. Or, Stromeyer n'a pas fait cette résection ; je n'ai pas lu Guthrie, mais la phrase rapportée par M. Giraldès n'est guère probante, et quant à Mac-Leod, j'ai cité textuellement, dans notre dernière séance, la phrase que vient de lire M. Giraldès, et je l'ai citée pour montrer combien les résections traumatiques du genou sont peu entrées dans la pratique.

M. LEGOUEST. Notre collègue M. Verneuil a cherché à amoindrir la valeur de nos objections à la pratique de la résection du genou dans la chirurgie d'armée : malgré le talent qu'il a déployé dans son argumentation, je doute qu'il ait réussi à faire passer ses convictions dans tous les esprits.

Il a fait bon marché des difficultés de l'opération ; il a de beaucoup réduit les accidents qu'on lui attribue ; et, quant à ce qui me regarde, il n'a rien dit sur ce sujet, c'est-à-dire sur la difficulté du manuel opératoire et sur la gravité primitive de l'opération, que je ne pense avec lui.

Je suis même tout prêt à lui concéder que les appareils spéciaux, les pansements multipliés et minutieux qu'exige la résection du genou ne sont pas des obstacles insurmontables à l'adoption de cette opération, comme lui-même a bien voulu me concéder que la lenteur de la guérison est une circonstance qui mérite d'être prise en sérieuse considération pour la rejeter.

Je lui demande la permission de ne pas le suivre dans l'examen des indications de l'opération, indications qu'avec lui MM. Larrey et Giraldès ont cru devoir apprécier. A mon sens, et mes honorables collègues me pardonneront si je replace la question sous son véritable point de vue, il ne s'agit pas, dans ce débat, des indications locales de la résection du genou ; mais il s'agit de savoir si la résection étant possible chirurgicalement parlant, cette opération doit être pratiquée de préférence à l'amputation de la cuisse dans les conditions habituelles de la chirurgie d'armée.

Eh bien, je pense que les réserves que j'ai faites à ce sujet subsistent encore tout entières devant les raisons alléguées par M. Verneuil, sinon pour les mettre à néant, au moins pour en affaiblir la valeur.

Je noterai d'abord que M. Verneuil m'accorde que les résections guérissent plus lentement que les amputations, condition fâcheuse sur laquelle je ne veux pas revenir : je dirai que notre collègue m'a mal compris lorsque j'ai parlé du transport des blessés, et que c'est moins avant qu'après l'opération exigeant l'immobilité complète que ces blessés sont peu transportables. Enfin, j'espère pouvoir démontrer qu'il n'y a pas identité entre les fractures du fémur par coups de feu traitées sans amputation et les résections du genou, comme semble le croire M. Verneuil.

Se servant contre moi de mes propres armes, notre collègue se fait un argument de ce que j'ai écrit dans mon livre sur la *chirurgie d'armée* que les fractures du fémur traitées sans amputation pendant la campagne d'Orient ont donné environ cinq fois plus de guérisons que celles qui ont été traitées par l'amputation, et que d'après l'impression générale rapportée par les chirurgiens de la dernière campagne d'Italie, les fractures de la cuisse par coups de feu ne nécessitent pas toujours l'amputation du membre. En écrivant ces lignes, j'ai voulu combattre ou plutôt modifier dans ce qu'elle a de trop absolu l'opinion émise par Ribes, et partagée par un grand nombre de médecins de l'armée, à savoir : que toute fracture du fémur par coup de feu exige l'amputation immédiate. Mais en même temps, j'ai cherché à formuler les conditions qui permettent la chirurgie conservatrice, et j'ai dit : Dans les cas de fracture simple, sans perte de substance osseuse étendue, sans débridement des parties molles, lorsque le blessé ne doit pas être transporté et peut être placé dans de bonnes conditions hygiéniques, l'amputation peut être écartée; dans des conditions opposées, l'amputation doit être pratiquée.

Or, quand on résèque l'articulation du genou, les portions d'os enlevées sont considérables, la plaie résultant de l'opération est très-étendue; les circonstances locales sont donc moins favorables que celles des fractures qui ont pu être ramenées à l'état le moins compliqué possible après les coups de feu. De plus, il y a quelque différence entre les tentatives de conserver un membre sans mutilation, et les tentatives de conservation qui par elles-mêmes constituent une mutilation : les chances de succès fussent-elles égales dans l'un et l'autre cas, nul doute cependant qu'on ne se laisse aller à suivre la première pratique plus volontiers que la seconde.

Pour bien rendre et faire comprendre ma pensée, je dirai : que demain j'aie la cuisse cassée par un coup de feu, que la fracture soit simple ou siége sur un lieu élevé du fémur, je ne me laisserai pas amputer; mais qu'un jour ou l'autre pareil accident m'arrive en campagne, au milieu de conditions de guerre défavorables, je me décide-

rais probablement à subir l'amputation ; encore ne dirais-je rien de l'époque à laquelle je permettrais qu'on m'amputât, ce point de pratique n'étant pas actuellement en discussion.

Je raisonnerais de même si je recevais un coup de feu dans le genou : j'accepterais peut-être la résection si je devais être traité chez moi ; je la repousserais très-certainement si je ne devais pas trouver en campagne des conditions matérielles analogues. Mais ce dont je me garderais par-dessus tout, c'est de l'expectation motivée sur l'espoir de guérir sans opération, parce que, quoi qu'en aient dit quelques-uns de nos collègues, j'ai acquis par mon expérience personnelle la ferme et intime conviction que les coups de feu du genou intéressant les os ne guérissent que très-exceptionnellement sans opération.

Je le répète, je ne repousse pas absolument la résection du genou ; je suis un peu, qu'on me passe cette comparaison, comme certaines personnes qui, ayant goûté du fruit défendu, ne demandent pas mieux que de recommencer, mais qui n'osent conseiller aux autres d'en faire autant.

M. GIRALDÈS. Je ne suis point opposé en principe à la résection du genou, mais je pense que les indications en sont rares, surtout à cause des dégâts considérables que produisent les projectiles modernes. J'ai insisté déjà sur la gravité de la résection du genou ; voici quelques chiffres qui me semblent motiver mon opinion : sur 183 résections rapportées par O. Heyfelder, 100 opérés avaient plus de 20 ans ; 31 succombèrent à l'opération. D'après Hodges, sur 208 réséqués, 92 avaient plus de 20 ans ; de ces derniers, 34 moururent ; 11 furent amputés consécutivement et donnèrent 2 morts. Heuser mentionne 14 résections, 6 morts ; Esmarck, 6 résections, 2 morts, 1 amputé consécutivement. On voit donc que dans la pratique civile la résection donne une mortalité presque aussi grande que celle de l'amputation de la cuisse.

M. Verneuil a semblé faire très-bon marché des appareils de contention. Une méchante planche et quatre clous lui suffisent ; un peu plus il se serait contenté d'une feuille de papier et de quelques pains à cacheter ! Et cependant l'expérience enseigne que la guérison dépend souvent de la solidité des appareils contentifs et de la minutie des pansements. Appareils et pansements ne sont que trop nécessaires pour lutter contre les secousses nerveuses qui déplacent les fragments, écartent les bords de la plaie et compromettent de diverses façons la réunion régulière si indispensable des deux segments du membre.

M. BROCA. Les résultats statistiques que vient de nous communiquer M. Giraldès me semblent plaider en faveur de la résection du

genou : ils donnent environ un mort sur trois opérés. Or, l'amputation de cuisse pour cause traumatique est infiniment plus grave.

Dans nos hôpitaux de Paris, la statistique très-exacte relevée pour les deux dernières années 1862 et 1863, donne pour cette amputation 100 morts sur 100 opérés.

Mais je ne veux pas insister sur ce parallèle, car les conditions de salubrité sont trop différentes dans les deux cas; je ne désespère pas qu'un jour on ne puisse avoir des résultats comparatifs dans les hôpitaux de Paris sur la résection du genou et l'amputation de cuisse pour cause traumatique.

Ce que je trouve d'insuffisant dans les faits d'ailleurs si intéressants de M. Verneuil, c'est qu'ils ont été observés dans des conditions éminemment favorables. Il a opéré en ville et dans un petit hôpital de province, circonstances tellement heureuses que dans quelques-uns de ces hôpitaux toutes les opérations réussissent. Mon père, qui depuis longues années exerce la chirurgie dans le département de la Gironde, ne se souvient pas d'avoir vu échouer une amputation de cuisse.

Mais si l'avenir nous montrait qu'à Paris, dans nos hôpitaux, la résection du genou guérit 2 malades sur 6, 8, 10 opérés, je dirais que cette résection est moins grave que l'amputation, et je suis bien certain que si cette conclusion était définitivement établie, nos collègues de la chirurgie militaire mettraient leurs objections de côté et feraient la résection du genou quand elle serait indiquée, certains alors de placer leurs opérés dans les meilleures conditions de guérison.

M. GIRALDÈS. Je comprends bien le sens des observations de M. Broca, mais je lui rappellerai que l'une des statistiques citées par moi dans le cours de la discussion, celle de M. Holmes, a été recueillie dans les conditions indiquées par M. Broca, c'est-à-dire dans les hôpitaux de Londres. Or, il a prouvé que la mortalité est égale pour la résection du genou et l'amputation de la cuisse.

Je suis convaincu que dans nos hôpitaux nous aurons de nombreux mécomptes; j'ai, pour ma part, fait cinq fois la résection du genou, j'ai perdu quatre malades et j'ai dû amputer le cinquième consécutivement.

M. VERNEUIL. Il m'est impossible de savoir si M. Giraldès est ou non partisan de la résection du genou. Je parle de résections traumatiques, et M. Giraldès me répond en me citant des cas pathologiques.

Toute la question est celle-ci : un individu reçoit un coup de feu au genou; faut-il l'amputer, faut-il lui faire la résection? Il n'est pas douteux que si la statistique continuait à indiquer 100 morts sur 100 amputés, il faudrait bien recourir à une autre pratique. Or, sur

le très-petit nombre de résections traumatiques du genou, il n'y avait qu'un ou deux cas de guérison ; j'en apporte deux nouveaux. Cela change la proportion d'une manière très-favorable.

M. Giraldès m'a plaisanté sur les appareils que j'ai employés. Peut-être s'est-il servi lui-même de ces appareils en papier dont il a parlé et qui n'ont guère été efficaces. En tout cas, je puis affirmer que les moyens contentifs dont j'ai donné l'indication ont régulièrement fonctionné. M. Lefort, M. Legouest, les ont vus, et je suis bien convaincu que notre collègue M. Legouest s'en contenterait pour la pratique de la chirurgie d'armée.

M. TRÉLAT. Il ne faut pas conclure de ce que les amputations traumatiques sont en général plus graves que les amputations pathologiques, que ce soit une loi absolue, et surtout qu'elle soit applicable aux résections. J'ai montré dans mon rapport sur la résection du coude (*Bulletin de la Société de chirurgie,* 1862, p. 202), que la résection traumatique du coude donne 1 mort sur plus de 7 opérés, et la résection pathologique 1 mort sur moins de 2 opérés. Ce fait n'est pas seulement vrai pour les résections, il s'applique encore à certaines amputations. Ainsi l'amputation de l'avant-bras et la désarticulation de la main donnent des résultats beaucoup meilleurs pour les cas traumatiques que pour les cas pathologiques. On voit donc qu'il ne faut pas se hâter de poser des préceptes généraux, mais qu'il est nécessaire d'attendre les résultats de la pratique. Cela s'applique directement aux résections du genou ; il pourrait fort bien arriver qu'à l'inverse de l'amputation, la résection pour cause traumatique fût moins grave, comme mortalité, que la résection pathologique. Les faits seuls pourront prononcer.

M. MARJOLIN. J'insiste sur ce chiffre effroyable qu'a indiqué tout à l'heure M. Broca pour les amputations traumatiques de la cuisse. Il est impossible qu'un pareil résultat obtenu par des chirurgiens comme ceux des hôpitaux de Paris, ne tienne pas à des causes générales qu'il n'est pas en leur pouvoir de combattre.

Au reste, ce déplorable résultat ne comprend pas les hôpitaux d'enfants, car j'ai eu occasion de faire des amputations traumatiques à tous les âges, et j'ai souvent obtenu des succès.

M. GIRALDÈS. M. Trélat n'ignore pas quelle différence il y a entre les opérations pratiquées sur le membre supérieur et le membre inférieur. On ne peut pas les comparer. D'autre part, on sait que la résection de la tête fémorale pour cause pathologique donne d'excellents résultats, tandis que la même opération pour cause traumatique n'a fourni jusqu'ici qu'un seul cas de guérison.

M. FORGET. Ce ne sont pas seulement les chirurgiens militaires de France qui semblent répugner à la résection du genou, puisque dans la statistique d'Heyfelder, sur 183 cas de résection, il n'y a qu'un seul cas de résection pour cause traumatique.

M. Forget regrette que la discussion ne porte pas sur les résections du genou envisagées dans leur ensemble. Il eût pu communiquer à la Société quelques matériaux qu'il avait réunis dans cette intention.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

Séance du 25 mai 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu.

M. MOREL-LAVALLÉE fait observer que les expressions : résections traumatiques, résections pathologiques, fréquemment employées dans la rédaction des procès-verbaux, ne sont pas régulières; que ce n'est pas la résection, acte toujours traumatique, mais sa cause, qui est traumatique ou pathologique. Il demande si ces expressions doivent être conservées dans la rédaction du *Bulletin*.

M. LE PRÉSIDENT fait remarquer que le secrétaire est responsable de sa rédaction, que les membres de la Société peuvent faire modifier le sens du procès-verbal, mais qu'ils n'ont pas de droits sur la lettre.

M. TRÉLAT, secrétaire, répond à M. Morel-Lavallée que son observation est juste au point de vue grammatical, mais que ces locutions sont commodes, nécessaires même dans une discussion où la même idée se reproduit fréquemment; que d'ailleurs il n'a pas inventé ces expressions employées avant lui par plusieurs membres de la Société et par M. Malgaigne.

— Le procès-verbal est adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin médical du nord de la France*. — Le *Journal de médecine de Bordeaux*. — Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*.

— M. le docteur E. Langlebert offre en hommage à la Société son *Traité théorique et pratique des maladies vénériennes.*

— M. le docteur Delore adresse une observation intitulée *Phocomélie, ectrodactylie*, avec un moule en plâtre. (Commissaire, M. Debout.)

— M. BROCA communique de la part de M. Ancelon, médecin en chef de l'hôpital de Dieuze, une observation de *double amputation de cuisse suivie de guérison,* amputation pratiquée dans des circonstances particulières.

Le 25 avril 1864, un charretier de cinquante ans, ivre, assis sur le bord d'un wagon en marche, tombe sur la voie et a les deux jambes broyées par les roues.

Apporté à l'hôpital de Dieuze trois heures après l'accident, il est immédiatement amputé.

Ce qu'il y a de curieux dans cette observation, dit M. Ancelon, c'est que le blessé, littéralement gorgé d'eau-de-vie de marc avant son entrée à l'hôpital, était au moment de l'amputation dans l'état d'anesthésie alcoolique le plus complet, état que le relâchement des sphincters de l'anus avait déjà signalé aux infirmiers; c'est qu'après avoir vomi l'alcool contenu dans son estomac, le blessé passa une très-bonne nuit; qu'il n'y eut presque pas de réaction; que la fièvre traumatique se montra à peine du second au quatrième jour. A la fin du second jour, un suintement de bon augure imbiba les pièces de l'appareil. Le sixième jour, la constipation céda à l'emploi d'un léger purgatif. Enfin, la suppuration fut aussi modérée, aussi louable que dans les conditions réputées les plus favorables aux amputés.

Le 23 mai, les plaies étaient presque complétement cicatrisées, et chaque jour on faisait porter le blessé avec les autres convalescents dans le jardin de l'hôpital.

M. Ancelon ne veut nullement conclure de ce qui précède qu'il faut gorger d'eau-de-vie les blessés destinés à être amputés; il a néanmoins pensé qu'il serait utile de faire connaître un fait qui a vivement fixé son attention.

En terminant cette communication, M. Broca insiste de nouveau sur les excellentes conditions des petits hôpitaux de province, qui permettent des succès opératoires infiniment rares daos les grands centres et à Paris en particulier.

M. DESORMEAUX a eu occasion de faire à l'Hôtel-Dieu, en 1851, une double amputation de jambe pour un cas traumatique; le blessé guérit rapidement. Depuis plusieurs années, M. Desormeaux donne à ses opérés, et il se trouve bien de cette pratique, une potion compo-

sée de thé, de 60 grammes de rhum et de 10 à 15 gouttes de laudanum de Rousseau.

— **M. GIRALDÈS** demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

M. Broca, dit-il, a fait une observation très-juste sur la nécessité de ne comparer que des statistiques recueillies dans des conditions semblables. Voici des résultats tirés des hôpitaux de Londres.

M. Holmes, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, sur 95 résections du genou, trouve 27 morts, 8 amputés consécutivement, 2 membres absolument inutiles ; il est persuadé que d'autres opérés sont morts par la suite. D'autre part, M. Bryant, chirurgien de Guy's Hospital, dit que les amputations de cuisse pour maladies du genou donnent une mortalité de 1 sur 7 opérés. On voit que l'avantage reste bien, au point de vue de la gravité, à l'amputation de la cuisse.

Au reste, et ceci étonnera sans doute les personnes qui ont entendu la discussion de l'Académie de médecine, M. Holmes, qui s'occupe tout spécialement de statistique, dit qu'elle est tenue d'une manière très-défectueuse dans les hôpitaux de Londres, et que souvent elle n'existe pas.

RAPPORT.

De la cystocèle compliquée de calculs et de son histoire,

par M. le docteur Raoul LEROY (d'Etiolles).

M. DOLBEAU donne lecture d'un rapport sur ce travail :

Messieurs, vous m'avez chargé, avec deux de mes collègues, de vous rendre compte d'un travail dont M. le docteur Leroy (d'Etiolles) vous a donné lecture ; je viens aujourd'hui m'acquitter de cette mission.

M. Leroy (d'Etiolles) s'occupe avec succès de l'étude des maladies des voies urinaires, et tout récemment il a fait hommage à la Société du premier fascicule d'un ouvrage qu'il compose sur les calculs urinaires ; la communication dont j'ai à vous rendre compte porte également sur un point de pathologie spéciale ; il s'agit de la cystocèle compliquée de calculs et de son histoire.

On croit généralement que la stagnation de l'urine dans une partie déclive favorise la formation d'un calcul ; aussi un auteur classique a-t-il dit que la pierre était une des plus fréquentes complications des hernies de la vessie. M. Leroy (d'Etiolles) a trouvé que cette proposition était peut-être un peu exagérée, et il lui a paru curieux de démontrer la rareté de la pierre dans les hernies vésicales ; notre confrère a dépouillé tous les recueils, tous les journaux, toutes les revues, et malgré ses persévérantes recherches, il ne lui a pas été

possible de réunir plus de seize cas de cystocèle compliquée de calculs. Le travail de M. Leroy (d'Étiolles) se réduit presque complétement à l'énoncé succinct de ces seize observations, avec les indications bibliographiques qui permettent de remonter facilement à la source des faits.

Le résultat auquel est parvenu notre confrère a sans doute un intérêt réel, mais il nous semble que son travail aurait pu renfermer quelques conclusions relatives au diagnostic de la pierre comprise dans une hernie, en même temps que l'exposé des ressources opératoires dont peut disposer le chirurgien en présence de ces cas difficiles.

Sur les seize cas de cystocèle compliquée de pierres, nous remarquons que le plus grand nombre a été méconnu pendant la vie, et que ce n'est que par hasard, pendant une opération et surtout à l'occasion d'une autopsie, qu'on s'est aperçu que la vessie avait subi un déplacement, et que dans la partie herniée il se trouvait une ou plusieurs concrétions.

Nous comptons dix cas de cystocèle vaginale compliquée de pierres. White, célèbre chirurgien de Manchester, Ruysch et Tolet ont pu constater la présence de la pierre et guérir leurs malades en incisant le prolapsus sur le calcul; M. Leroy (d'Etiolles) fait remarquer avec beaucoup de justesse que toutes ces opérations sont absolument bénignes, vu l'absence du péritoine dans les enveloppes de la hernie vésicale. Le professeur Fabri a également constaté qu'une cystocèle vaginale renfermait plusieurs pierres, et il a pu avec beaucoup d'habileté en pratiquer l'extraction par les voies naturelles.

Les cystocèles inguinales sont bien rarement compliquées de la présence d'une pierre; on en trouve dans le relevé de M. Leroy (d'Etiolles) six cas seulement. Ici le diagnostic paraît plus difficile que lorsqu'il s'agit de hernies vaginales; dans un cas, on a senti la pierre, mais au dire de Verdier cette tumeur fut prise pour un squirrhe, et ce fut seulement pendant l'opération qu'on s'aperçut de l'erreur de diagnostic. Petit constata chez un de ses malades la présence de plusieurs petits calculs dans une hernie scrotale; du reste, on pouvait faire passer ces concrétions de la hernie jusque dans la vessie.

Pott a extrait une pierre renfermée dans une cystocèle inguinale que portait un enfant de six ans.

En résumé, les déplacements de la vessie sont rares; dans la majorité des cas, ils passent inaperçus; on comprend donc facilement que le diagnostic de la pierre compliquant l'un de ces déplacements soit lui-même environné d'une certaine obscurité. Quelquefois il y a

en même temps des concrétions dans la vessie et dans la hernie ; d'autres fois les pierres passent alternativement d'une cavité dans l'autre; dans tous ces cas, les malades peuvent présenter les symptômes d'un calcul de la vessie, et attirer l'attention du chirurgien vers les organes urinaires, mais on conçoit également combien l'erreur est encore possible; ainsi Dominique Sala donna des soins à un malade qui présentait les symptômes de la pierre sans qu'il fût possible de constater la présence d'une concrétion dans la vessie; à l'autopsie, on trouva la pierre dans un prolongement de la vessie à travers le canal inguinal.

Tous ces faits sont de nature à embarrasser dans la pratique; il faut avoir présentes à l'esprit ces circonstances exceptionnelles; mais, grâce aux recherches de M. Leroy (d'Etiolles), nous savons maintenant que ces complications sont extrêmement rares, et que par conséquent il faut peu s'en préoccuper. Je ne doute pas, pour ma part, que notre confrère ne complète bientôt ses études sur la cystocèle compliquée de calculs, et qu'il n'en fasse l'objet d'une nouvelle communication à la Société de chirurgie.

Je propose, Messieurs :

1° D'écrire une lettre de remercîments à M. Leroy (d'Etiolles);

2° D'insérer dans nos *Bulletins* le très-court rapport que vous venez d'entendre et qui renferme une analyse sommaire du travail qui a été lu devant vous.

Ces conclusions sont votées.

COMMUNICATIONS.

M. MASCAREL, membre correspondant, chirurgien en chef de l'hôpital de Châtellerault, communique plusieurs cas de *tétanos traumatique* suivis de guérison. M. Mascarel remettra un manuscrit qui sera publié ultérieurement.

M. CHASSAIGNAC. N'y avait-il pas chez le blessé de M. Mascarel quelque morceau de vêtement engagé dans la plaie? Chez un jeune garçon qui succomba au tétanos par suite d'une fracture compliquée, nous trouvâmes à l'autopsie, dans le foyer de la fracture, un fragment de tissu provenant de l'habit.

D'autre part, j'observerai que ce n'est pas la chaleur, comme on l'a dit souvent, qui produit le tétanos, mais bien les refroidissements qu'éprouvent les malades pendant la transpiration.

M. LARREY. Les faits de tétanos causés par un corps étranger dans la plaie sont bien connus. On se rappelle la mèche de fouet dont a parlé Dupuytren. Mais ce qui est plus rare, c'est le tétanos consécutif à la ligature des nerfs. Mon père a été témoin d'un fait de cette na-

ture chez un des blessés de la bataille d'Eylau. Une ligature placée sur l'artère radiale étreignait en même temps le nerf.

M. GIRALDÈS. Beaucoup de moyens réussissent dès que le tétanos tend à suivre une marche chronique; au contraire l'insuccès est la règle dans le tétanos aigu. Le malade succombe le plus souvent en trois ou quatre jours.

Tout récemment, un enfant atteint de tétanos qu'on a regardé comme spontané a été traité avec succès dans le service de M. Bouvier. On a administré la fève de Calabar à la dose de 0gr,10 toutes les heures, mais je me garderai d'affirmer que la guérison soit due à ce médicament, parce qu'on a employé concurremment d'autres moyens.

Je ferai remarquer à M. Mascarel qu'il ne peut attribuer sûrement la guérison à l'opium, puisqu'il a administré la belladone en même temps. Or, on sait que chacun de ces médicaments agit comme un antidote vis-à-vis de l'autre.

M. MARJOLIN. J'ai plusieurs fois obtenu de bons résultats des sudorifiques. Je fais rouler le malade nu dans une couverture et je lui fais administrer des boissons sudorifiques, je lui fais prendre de l'acétate d'ammoniaque. On obtient ainsi une sueur abondante.

Chez le malade de M. Bouvier, ces moyens ont été employés en même temps que la fève de Calabar, et je pense qu'on peut leur attribuer une bonne part du succès.

M. LARREY. La méthode qu'on attribue à Tietch me semble avoir une origine plus ancienne, car sans parler de l'observation remarquable d'A. Paré, je rappellerai que mon père faisait envelopper les tétaniques dans la peau chaude d'un mouton fraîchement écorché et produisait ainsi une transpiration copieuse.

Tumeurs multiples. — Détermination difficile.

M. GUÉRIN. — Je présente à la Société une tumeur du volume d'une tête d'enfant nouveau-né qu'il est difficile de classer. Je l'ai extirpée de la région lombaire d'une femme de cinquante-huit ans, qui est entrée à l'hôpital Saint-Louis le 14 mai dernier.

Pendant la vie de la malade, j'avais reconnu à la partie supérieure du sternum une petite tumeur demi-sphérique, ayant environ 15 millimètres de diamètre, d'une consistance semi-liquide, et j'avais cru devoir la rapporter à la classe des tumeurs gommeuses. Une tumeur semblable, ayant son siége sous le cuir chevelu, m'avait semblé de même nature. Je prescrivis en conséquence le traitement par l'iodure de potassium (1 gramme par jour). Mais le volume de la tumeur pour

laquelle la malade venait réclamer l'intervention d'un chirurgien était tellement considérable, que je ne crus pas pouvoir la rattacher à l'état constitutionnel que je soupçonnais.

Cette tumeur, siégeant dans la région lombaire droite, était bosselée, dure, peu douloureuse à la pression, ne produisant aucune douleur spontanée; en certains points elle avait la dureté de l'enchondrome; çà et là, elle était un peu plus molle. Irrégulièrement ovoïde, elle avait acquis le volume d'une tête d'enfant nouveau-né; son origine remonte à trois ans et demi environ. La peau qui la recouvrait, lisse et tendue, n'en était séparée que par une couche très-mince de tissu cellulaire. A sa surface, on voyait des veines d'un volume anormal; sa base semblait adhérer aux dernières côtes.

D'autres tumeurs de même consistance, mais d'un volume beaucoup moindre, existaient en divers points du corps. Il y en avait une dans la région inguinale droite; une à la partie antérieure de la cuisse du même côté; une à la partie externe du mollet droit; deux dans les régions sous-claviculaire et mammaire du côté droit. Indépendamment de la petite tumeur semi-fluctuante de la région crânienne, il y en avait dans la même région trois autres très-différentes, semblant adhérer au cuir chevelu; elles avaient une forme globuleuse et pouvaient facilement glisser sur le crâne.

Toutes ces tumeurs étaient-elles de même nature? Il était impossible de ne pas se poser cette question, mais il était bien difficile d'y répondre.

On eût pu soutenir que toutes ces tumeurs étaient seulement fibreuses ou fibro-plastiques, en se fondant sur les affirmations très-positives de la malade, qui disait n'avoir jamais eu d'affection vénérienne. Mais ces renseignements n'ont pas grande valeur pour les médecins qui, comme moi, ont appris que souvent les femmes se trompent à ce sujet, et que plus souvent peut-être elles cherchent à tromper le médecin à qui elles viennent demander des conseils et des soins.

Je trouvais d'ailleurs dans la tumeur de la région sternale et dans une des tumeurs crâniennes une consistance très-différente de celle des tumeurs fibreuses et absolument semblable à celle des gommes. Je crus donc que la malade était syphilitique, et je prescrivis en conséquence le traitement par l'iodure de potassium, non comme pierre de touche, mais pour modifier la constitution, et, sans attendre l'effet du traitement, huit jours après l'entrée de cette femme à l'hôpital, j'enlevai la tumeur, qui, vu son volume et le siége qu'elle occupait, avait déterminé la malade à réclamer une opération.

Cette extirpation ne présenta rien de particulier; je dus enlever le

périoste de la onzième côte qui adhérait à la tumeur. Le cartilage de la douzième n'existait plus.

J'ai dit mon opinion au sujet des tumeurs crânienne et sternale. On comprendra que j'étais curieux de connaître la composition de celle que je venais d'enlever; en l'incisant dans son milieu, je trouvai l'aspect d'une tumeur fibreuse; mais à son centre existait une petite masse de matière gélatineuse, qui me fit penser que ce pouvait être une tumeur colloïde.

M. Ordoñez, qui voulut bien se charger d'examiner cette tumeur au microscope, y trouva les éléments du tissu fibreux : noyaux embryoplastiques, corpuscules fusiformes, fibres lamineuses, et de fines granulations graisseuses abondantes, surtout au centre de la tumeur. Pour M. Ordoñez, les granulations graisseuses seraient un signe de régression et précéderaient le ramollissement de la tumeur, qui par la marche de ce travail aurait acquis à son centre l'aspect caséeux qui caractérise les tubercules. Le groupement des éléments le porta à penser que la tumeur pourrait bien être de nature syphilitique.

Cette coïncidence de l'opinion exprimée par M. Ordoñez avec celle que j'avais professée au sujet de deux des tumeurs de la malade, me fit craindre de m'être trop hâté. Je pensai que toutes les tumeurs auraient pu se modifier sous l'influence de l'iodure de potassium et peut-être guérir. C'est ce doute que je viens vous soumettre. Jusqu'ici j'avais pensé que le volume considérable d'une tumeur devait exclure l'idée de l'influence de la syphilis ; je vous demande de vouloir bien me dire si jamais l'un de vous a vu une tumeur syphilitique aussi volumineuse que celle-ci développée dans le tissu cellulaire. M. Ricord, que j'aurais été heureux de voir ici, me disait hier qu'il n'avait jamais observé rien de semblable.

La malade ayant succombé le surlendemain de l'opération sans que nous ayons pu invoquer d'autre cause que l'épuisement nerveux, nous avons procédé à l'autopsie, qui nous a révélé des lésions du foie analogues à celles qui ont été signalées par plusieurs observateurs, et en particulier par notre ami M. Gubler, dans le foie des syphilitiques; si ces tumeurs ont une grande ressemblance avec les tumeurs syphilitiques du foie, elles en diffèrent par le volume, car au lieu des grains de semoule qui ont servi de terme de comparaison à M. Gubler, ce sont des masses dont quelques-unes ont presque la grosseur du poing.

En les incisant, on retrouve exactement ce que nous avait présenté la tumeur de la région lombaire, et le microscope y découvre les mêmes éléments, groupés de la même manière, et rappelant exactement ce que l'on voit dans les gommes.

Le foie a considérablement augmenté de volume ; il n'adhère en aucun point aux organes voisins ; sa couleur normale n'est interrompue que par celle des tumeurs d'un blanc grisâtre que nous venons d'indiquer.

La rate et les autres viscères abdominaux n'ont rien d'anormal. Le cœur est sain. Les poumons ont une consistance normale, mais on trouve dans leur parenchyme de petites tumeurs du volume d'un grain de millet ou d'un petit pois, de couleur rosée et d'une consistance plus grande que celle du parenchyme. Ces petites tumeurs qui existent en grand nombre dans l'intérieur de l'organe, existent aussi à la surface, mais on dirait que ces dernières ne dépassent pas la plèvre ; peut-être cependant dépendent-elles de la partie la plus superficielle des cellules pulmonaires. On ne peut mieux les comparer qu'à de petites végétations.

Dans le tissu cellulaire du cuir chevelu se voient trois tumeurs qui sont légèrement adhérentes au derme. En les incisant, on reconnaît qu'elles sont de même nature que celle de la région lombaire. A la partie latérale de l'os frontal du côté droit, il existe une petite tumeur globuleuse, du volume d'une noisette, qui, ayant perforé l'os, adhère solidement à la dure-mère. La perforation de l'os est circulaire, d'un centimètre de diamètre environ ; elle est entourée, du côté de la cavité du crâne, par une aréole rouge, divisée en deux zones concentriques, dont l'externe fait une légère saillie au niveau de laquelle on reconnaît une couche mince de tissu osseux de nouvelle formation.

A 3 centimètres de cette lésion, près du bord inférieur du pariétal droit, il y a à la face interne de l'os une perte de substance de 8 millimètres de diamètre, bordée aussi par une aréole rouge. Une masse grisâtre remplit la petite cavité qui résulte de cette altération de la lame interne de l'os. Comme la précédente, elle ressemble aux autres tumeurs, tant pour l'aspect que pour la disposition des éléments que le microscope y démontre. Elle est complétement indépendante de la dure-mère.

La première pièce du sternum est perforée par une tumeur du volume d'une noix, plus molle que les autres, mais paraissant de même nature. Enfin, on trouve dans plusieurs muscles de petites tumeurs dures, absolument semblables à celle que nous avions enlevée.

M. Ordoñez ayant examiné de nouveau ce tissu, y trouva les noyaux embryo-plastiques disposés comme dans les gommes et une prolifération considérable de granulations graisseuses, et, de ce nou-

vel examen, il pense que toutes ces tumeurs pouvaient bien avoir pris naissance sous l'influence de la syphilis.

Pour moi, qui n'ai pas le droit d'avoir une confiance aussi entière dans la valeur des notions que le microscope nous donne, je reste dans le doute, et je viens vous demander si quelqu'un des membres de la Société a jamais vu des tumeurs syphilitiques d'un aussi gros volume.

M. CHASSAIGNAC. Il ne me semble pas que toutes ces tumeurs présentent des caractères assez identiques pour qu'on doive les rattacher toutes à la même cause. Celle de la région lombaire en particulier offre un aspect fibreux et dense. Il n'y a pas d'antagonisme entre la syphilis et les affections cancéreuses ; aussi peut-on observer des syphilitiques qui soient en même temps atteints de cancer. Peut-être est-ce ici le cas. Quoi qu'il en soit, la tumeur lombaire ne me semble pas devoir être rattachée aux gommes, telles au moins qu'on les observe d'habitude.

M. BROCA. Il n'est pas impossible que l'hypothèse émise avec réserve par M. Chassaignac puisse se réaliser ; cependant c'est un fait rare que la coïncidence de tumeurs de nature très-différente. Aussi devons-nous raisonner comme si toutes ces tumeurs étaient sous la dépendance d'une même affection.

Il est bien certain que s'il n'y avait eu aucun examen microscopique, si on se bornait à tenir compte des renseignements cliniques : ablation d'une tumeur siégeant sous le tégument, puis mort avec une généralisation considérable, on serait porté à reconnaître la marche habituelle de l'affection cancéreuse ; mais il y a eu un examen microscopique. Or dans les rares occasions que j'ai eues d'étudier des tumeurs syphilitiques, j'ai vu que c'étaient surtout l'arrangement, la disposition des éléments qui constituaient leur caractère. Tandis que le véritable cancer, l'épithélioma, le tissu fibro-plastique ont un élément propre, les tumeurs syphilitiques n'en ont pas. On ne trouve ici rien qui ne s'accorde parfaitement avec l'idée de tumeurs fibro-plastiques : l'aspect à l'œil nu, la présence de corps fusiformes, de cellules embryoplastiques, tout concorde en faveur du tissu fibro-plastique.

Pour combattre cette conclusion, il faudrait qu'on me fît constater un élément caractéristique. Aussi, sans cependant être trop affirmatif, je crois que nous avons affaire ici à une généralisation de tumeurs fibro-plastiques.

M. RICHET. J'ai vu un certain nombre de tumeurs syphilitiques. Chez une malade de Lourcine, j'avais eu le projet d'enlever une tumeur

de la mamelle ; j'avais même pris jour avec la malade, quand elle m'avertit qu'elle avait d'autres tumeurs aux jambes. Je renonçai à l'opération; et la malade guérit par le traitement interne.

Ces tumeurs ont une tendance marquée à la suppuration, et M. Guérin ne nous a pas dit que cela se fût produit chez sa malade, dont les tumeurs étaient cependant anciennes.

Je crois que la présence de cellules fusiformes et de noyaux embryo-plastiques ne suffit pas pour établir le diagnostic. Il y a quelque temps, M. Ordoñez me signala la présence de ces éléments dans une ulcération du pourtour de l'anus, et la considéra comme syphilitique, La malade succomba assez promptement, et il fut démontré qu'il s'agissait, en somme, d'une tuberculisation générale.

En tenant compte des caractères physiques de ces tumeurs et de la nature de leur ramollissement, je crois, comme M. Broca, que nous avons sous les yeux un exemple de diathèse fibro-plastique.

M. BROCA. Je ferai observer que les tumeurs syphilitiques du crâne sont d'habitude sous-périostales ; tandis qu'ici il y en a une au moins qui est manifestement développée dans l'épaisseur de l'os, nouveau caractère en faveur du tissu fibro-plastique.

M. VERNEUIL. Je crois à la possibilité de reconnaître les caractères microscopiques des tumeurs syphilitiques. Certaines dispositions des éléments me paraissent leur être spéciales, ainsi que j'ai pu m'en assurer sur une pièce recueillie dans le service de M. Rostan et sur quelques autres mentionnées dans les *Bulletins de la Société anatomique*. Mais dans aucun de ces cas je n'ai vu des tumeurs régulièrement limitées, enkystées même comme celles-ci, n'ayant presque aucune tendance au ramollissement et à la suppuration. Il me semble qu'une tumeur syphilitique datant de trois ans, placée sous la peau, dans l'épaisseur des muscles lombaires, aurait dû se ramollir ou suppurer. Je ne connais aucun fait analogue à celui-ci dans l'histoire des tumeurs syphilitiques.

M. GUÉRIN. Je suis heureux d'entendre toutes les opinions qui viennent de se produire; elles prouvent combien il faut être réservé sur les résultats de l'observation microscopique; elles prouvent encore que ceux de nos collègues qui ont le plus et le mieux étudié l'histologie attachent une extrême importance et peut-être une importance prépondérante aux caractères cliniques.

J'ai été ébranlé par les observations de M. Richet, qui a vu des syphilômes multiples. Cependant on me dit qu'on n'a pas observé de tumeurs syphilitiques analogues à celle-ci. Mais est-ce une preuve qu'il n'en puisse pas exister? Cela n'a pas été démontré. Chaque

jour nous découvrons des faits nouveaux dans l'histoire de la syphilis, et il est bien possible qu'on démontre l'existence de tumeurs syphilitiques de la nature de celle-ci.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. Trélat.

Séance du 1er juin 1864.

Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : 1° Les journaux de la semaine. — 2° Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*. — 3° Le *Recueil de médecine et de chirurgie pratiques de Prague*.

— M. le ministre de l'instruction publique informe M. le président que la *subvention annuelle* accordée à la Société de chirurgie, lui sera allouée à l'époque de la distribution des encouragements aux sociétés savantes.

— M. le bibliothécaire de l'Académie de Strasbourg accuse réception des publications de la Société et lui adresse des remercîments.

Tumeur hypertrophique de la pulpe dentaire. — M. Broca présente de la part de M. le docteur Joussaume (de Château-Thierry) une *tumeur hypertrophique de la pulpe dentaire*, siégeant sur la deuxième petite molaire droite.

Une jeune femme de vingt et un ans souffrait de cette dent depuis cinq ans pendant la mastication, et surtout à l'époque des règles. La dent se caria et fut promptement découronnée. On reconnut alors une petite tumeur rouge s'élevant du centre de la racine, et augmentant de volume d'une manière lente, mais continue; elle finit par s'étaler sur les deux dents voisines, qu'elle recouvrait complétement. Quoique la douleur eût disparu, l'accroissement de la tumeur et la gêne qu'elle occasionnait engagèrent M. Joussaume à conseiller l'extraction de la dent, qui fut pratiquée par M. Louvet, dentiste, le 29 janvier 1864.

M. Joussaume fait remarquer que la tumeur ayant séjourné depuis cette époque dans l'alcool, a perdu plus de la moitié de son volume.

M. Broca a examiné la pièce, et y a trouvé les éléments de la pulpe

dentaire hypertrophiée : tissu fibreux, tissu conjonctif avec un grand nombre de noyaux embryo-plastiques.

Il a déjà observé deux fois des tumeurs analogues à celle-ci, en particulier sur le cadavre d'un vieillard apporté à l'amphithéâtre do Bicêtre.

DISCUSSION.

Thérapeutique des luxations congénitales du fémur.

M. BROCA. J'ai été l'un des trois commissaires nommés pour examiner la malade de M. Pravaz, et je partage en général les opinions émises par M. Bouvier dans son rapport. Je ne demande donc pas la parole contre ce rapport, mais à propos de lui.

On se rappelle que l'état local était assez amélioré chez la petite malade de M. Pravaz pour qu'il nous la présentât comme guérie. La difficulté consistait à préciser bien exactement le siége de la tête fémorale. Nous avons constaté que cette tête n'est pas réduite, qu'elle n'est pas rentrée dans sa cavité. C'est là le fait anatomique ; mais en regard, il faut placer le fait thérapeutique : la marche est rétablie d'une manière régulière et soutenue, de telle sorte que le résultat obtenu par M. Pravaz peut être considéré comme excellent.

Je me suis demandé quelle est la cause de cette remarquable amélioration. Sans doute l'ensellure lombaire a disparu, le bassin a été redressé et les forces musculaires se sont développées, c'est beaucoup, et c'est avec raison que nos collègues ont insisté sur ces différents points ; mais il me semble qu'il y a encore autre chose.

Chez les individus normalement constitués, les têtes des fémurs sont situées un peu en avant de la ligne verticale qui passe par le centre de gravité du corps, de sorte que dans la station debout les fibres antérieures de la capsule se tendent et résistent passivement, sans nécessiter pour ainsi dire aucune intervention des muscles extenseurs du bassin et de la cuisse. Quand, au contraire, la tête du fémur est placée en arrière de la ligne d'aplomb, le tronc a une tendance incessante à se fléchir, et il faut pour maintenir l'équilibre vertical un effort énergique des extenseurs qui finit par produire l'ensellure lombaire.

Or mes observations sur les sujets vivants et les dissections assez nombreuses que j'ai pu faire, me portent à croire que dans les luxations congénitales du fémur la tête de l'os est située plus en arrière qu'on ne la trouve chez la malade de M. Pravaz. Elle aurait donc été ramenée en avant par le traitement, et dans ma pensée ce serait ce retour de la tête en avant qui aurait rétabli des conditions de mar-

che et d'équilibre telles qu'il faut une exploration chirurgicale attentive pour reconnaître les désordres qui existent encore.

Cette situation se maintiendra-t-elle ? Je l'ignore ; cependant on peut légitimement espérer que le traitement prolongé pendant près de deux ans aura constitué des moyens de fixité assez résistants pour que la tête du fémur conserve sa position actuelle. D'ailleurs, il y a plusieurs mois que tout traitement a cessé , et rien jusqu'ici ne permet de croire que les rapports des parties osseuses se soient modifiés. En résumé , je pense que la thérapeutique chirurgicale peut marcher dans la voie du très-beau succès obtenu par M. Pravaz.

M. BOUVIER. Nous sommes d'accord avec M. Broca sur l'appréciation générale. Il vient de développer ici d'une manière plus complète une opinion qu'il avait émise dans le sein de la commission , opinion que j'avais indiquée dans mon rapport en l'attribuant à l'un de nous.

Mais je ne suis plus du même avis que notre collègue sur le changement de situation qu'aurait subi la tête du fémur. Je pense qu'elle est aujourd'hui exactement au même point qu'avant le traitement. Ni l'un ni l'autre nous n'avons vu la jeune malade à cette époque , et nous ne pouvons faire que des conjectures sur la position qu'occupait alors la tête de l'os. Les photographies , si bien faites qu'on les suppose, ne prouvent rien sous ce rapport. Mais je ne crois pas que chez les individus atteints de luxation congénitale du fémur non traitée la tête soit portée en arrière , ainsi que l'indique M. Broca. J'ai vu tout dernièrement à ma consultation, et je pourrai peut-être montrer à la Société un enfant non traité ayant une ensellure lombaire très-prononcée , et chez lequel la tête du fémur occupe exactement le même siége que chez la malade traitée par M. Pravaz.

Je pense donc que des changements considérables et très-heureux peuvent survenir sans que la tête du fémur change de place.

Quant à la solidité de la tête, à sa fixation , le rapport, si je ne me trompe , a établi ce point , et ici encore j'ai la même opinion que M. Broca.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. DÉSORMEAUX présente une tumeur du tibia pour laquelle il a dû pratiquer l'amputation de la cuisse.

COMITÉ SECRET.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Verneuil sur les candidats à la place vacante de membre titulaire.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, U. TRÉLAT.

Séance du 8 juin 1864.

Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Les *Archives générales de médecine*. — Le *Montpellier médical*. — *Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire.*

— M. le docteur Montet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, fait hommage à la Société d'un volume de *Mémoires de médecine et de chirurgie.*

— M. MASCAREL adresse les trois observations qu'il avait communiquées dans la séance du 25 mai.

OBS. Ire. — **Plaie d'arme à feu. — Tétanos. — Traitement par l'opium et la belladone. — Guérison.** — Le 14 septembre 1854, M. M..., contrôleur d'armes à la manufacture de Châtellerault, reçut à bout portant dans la cuisse droite la décharge d'un canon de pistolet de cavalerie, chargé de deux balles avec double charge de poudre. Les deux balles pénètrent, distantes seulement d'un centimètre, à la partie externe et inférieure du fémur, au ras de la capsule synoviale, sans intéresser cette capsule, pour sortir transversalement à l'extrémité inférieure et interne de la cuisse, en présentant ici un écartement de deux centimètres et demi.

Le blessé, âgé de quarante-cinq ans, est d'une bonne constitution, d'un tempérament sec et nerveux, irritable, et repousse toute idée d'amputation. Les plaies donnent lieu à une faible hémorrhagie, malgré l'état d'attrition dans lequel se trouvent les chairs de la cuisse et l'extrémité inférieure du fémur, aucun organe important n'étant blessé. — Le malade est soumis aux irrigations fraîches et à l'expectation.

Dans la nuit du troisième au quatrième jour, le blessé, qui avait été très-bien jusqu'à ce moment, est pris de trismus à trois heures du matin et de mouvements saccadés involontaires dans le membre blessé. — Prescription : cinq centigrammes d'extrait gommeux d'opium d'heure en heure ; infusion de bourrache et de mélisse.

Huit heures du matin, les accidents augmentent, le malade lance

ses membres en l'air et parfois il renverse le torse en arrière, opisthotonos, pouls peu fréquent, intelligence parfaite.— Prescription : continuer les 5 centigrammes d'extrait d'opium d'heure en heure; puis imbibition de deux en deux heures de tout l'appareil de Scultet, depuis l'aine jusqu'au pied, d'une décoction de feuilles de belladone (125 grammes pour deux litres et demi d'eau); trois bouillons.

La nuit se passe sans aucune espèce de sommeil, et le lendemain, deuxième jour du tétanos, les accidents convulsifs continuent comme la veille et causent d'atroces douleurs au malade. A la levée de l'appareil et sous toutes les bandes qui enveloppent la cuisse et la partie supérieure de la jambe, on trouve une multitude de vers vivants, larves de la *musca carnaria,* ayant près d'un centimètre de longueur. L'appareil entier est remplacé, à l'exception des attelles. — Prescription : continuer les imbibitions de décoction de feuilles de belladone, dix centigrammes d'extrait d'opium d'heure en heure ; quatre bouillons.

Troisième jour du tétanos, pas de sommeil, mais nausées depuis quatre heures du matin, puis vomissement, pupilles serrées, pouls petit, serré, secousses tétaniques moins fortes et plus éloignées ; 3 grammes 75 centigrammes d'opium avaient été absorbés. (Prescription : cesser complétement l'opium, continuer les lotions d'eau de belladone sur le membre ; lavement de café, eau de café pour boisson.) A partir de midi les accidents tétaniques cessent pour ne plus se renouveler; mais les larves se reproduisent sans cesse sous les bandes, malgré les plus grands soins de propreté, et cela pendant dix ou douze jours ; la température extérieure était très-élevée.

Ce malade, après cinq mois de soins, se rétablit complétement : mais de temps à autre il fallut lui ouvrir des abcès pour extraire des corps étrangers, tantôt des fragments de vêtements, mais le plus souvent des esquilles ; une boîte de pâte de Regnaud fut remplie de ces dernières.

Une saison à Barèges, une autre à Bourbon-l'Archambault produisirent encore l'expulsion de séquestres, et finalement M. M... put marcher sans l'aide d'une canne, conservant à peine de la rigidité dans le genou, mais un raccourcissement du membre de deux centimètres et demi. Aujourd'hui encore il continue l'exercice de sa profession.

Obs. II. — **Tétanos produit par un séton dans la tunique vaginale. — Mort.** — Un an avant l'accident que nous venons de relater, nous fûmes consulté par un cultivateur âgé de quarante-trois ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, pour une hydrocèle gauche de la tunique vaginale datant de plusieurs années. Deux ponctions successives à

deux mois d'intervalle, suivies de deux injections, l'une iodée, l'autre au vin chaud, n'amenant pas la guérison, et la tunique vaginale nous paraissant épaissie et presque fibro-cartilagineuse, le 15 octobre 1853, nous passons un séton dans le sens du plus grand diamètre et sans aucune difficulté.

Depuis huit jours, notre cultivateur allait aussi bien que possible, lorsque dans la nuit du neuvième jour, ayant un besoin à satisfaire, il sort dans sa cour à deux heures du matin ; à peine rentré, il est pris d'un frisson, puis bientôt de trismus, et à neuf heures du matin nous constations tous les accidents du tétanos. — Prescription : 60 sangsues sur le rachis, infusion de sureau et de tilleul nitrée, grand bain chaud prolongé ; potion avec un gramme de laudanum de Sydenham.

Le soir, à quatre heures, le malade expirait sous les coups redoublés du tétanos, deux heures après la sortie du bain.

Obs. III. — **Tétanos pendant une fausse couche de deux mois et demi. — Guérison.** — Une femme de quarante et un ans, jouissant d'une belle santé, d'un tempérament bilieux et nerveux, étant accouchée deux ans auparavant pour la première fois et à l'aide du forceps, mais sans accident, fit le 12 avril 1856 une fausse couche à deux mois et demi.

Une hémorrhagie de médiocre intensité continuait depuis deux jours, lorsque nous fûmes appelé, le troisième jour au matin, par la sage-femme, par suite de mouvements saccadés très-violents et involontaires qui se passaient à de courts intervalles dans les muscles de l'abdomen ; déjà les mâchoires étaient serrées, et la malade éprouvait beaucoup de difficulté à avaler ; en notre présence, il y eut un mouvement de totalité du torse en arrière, puis dans les membres inférieurs. L'hémorrhagie continue ; les facultés intellectuelles sont intactes ; la malade éprouve de l'anxiété et un sentiment d'oppression extrême.

Le col est dilaté comme environ une pièce de 1 fr., et obstrué par un magma d'arrière-faix du volume d'une noisette adhérent à cette partie de l'utérus. Je procède à l'extraction de ce corps étranger et d'une masse de caillots de sang remplissant la cavité vaginale. A partir de ce moment, l'hémorrhagie cesse complétement, mais les mouvements convulsifs continuent. — Extrait gommeux d'opium, 2 grammes, divisés en 40 pilules, une d'heure en heure ; demi-lavement avec décoction de deux têtes de pavot ; fomentations sur le ventre d'une forte décoction de feuilles de belladone, tilleul et sureau.

Le jour et la nuit se passent sans sommeil ; il y a un peu de sueur

le matin répandue sur tout le corps ; les crises sont moins fortes et s'éloignent. — Même traitement.

La seconde nuit est meilleure que la précédente ; le pouls est large et à la sueur ; il y a eu un peu plus de transpiration. Les mouvements convulsifs diminuent de plus en plus et cessent à la fin du quatrième jour.

Les 2 grammes d'opium ont été absorbés sans produire ni sommeil ni nausées.

La convalescence s'est établie promptement avec l'apparition et la continuation de la sueur.

Aucune cause pour expliquer le tétanos, si ce n'est la présence du corps étranger à l'entrée du col de l'utérus, et l'aveu que nous fit la malade de s'être levée une fois au milieu de la nuit et pieds nus sur le carreau pour uriner.

Ces deux derniers faits confirment l'opinion émise par MM. Larrey et Marjolin, à savoir : le refroidissement comme cause de tétanos. Le premier et le dernier, qui se sont terminés par la guérison, semblent avoir été avantageusement modifiés par l'opium à l'intérieur et la belladone extérieurement. Depuis dix ans nous attendions un troisième fait de tétanos traumatique pour juger cette méthode de traitement ; il ne nous a pas été donné de le rencontrer.

— M. DESORMEAUX dépose sur le bureau l'observation suivante, relative à la pièce qu'il a présentée dans la dernière séance.

Encéphaloïde de l'extrémité supérieure du tibia. — Amputation de cuisse. — Examen de la tumeur. (Observation recueillie par M. DOUENEL, interne du service.) — Le 14 mai 1864 est entré à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, nº 24, service de M. Desormeaux, le nommé Jean-Baptiste P..., âgé de cinquante-six ans, né et demeurant à Guisy-le-Château (Côte-d'Or), agent voyer, marié.

Cet homme est d'une forte constitution. Il ne connaît pas dans sa famille de maladie héréditaire. Sa santé antérieure a toujours été excellente, si ce n'est que depuis l'âge de trente ans il éprouve de temps en temps des attaques de sciatique du côté droit.

Il nous apprend que depuis quelques années il ressent à la partie supérieure et postérieure de la jambe droite des douleurs sourdes, qui prennent une certaine acuité lorsqu'il s'est un peu fatigué dans la journée, douleurs qu'il rapporte à sa sciatique. Il n'en continuait pas moins à exercer sa profession, les mouvements de la jambe étant parfaitement libres.

Mais il y a dix mois, en juillet 1863, il s'aperçoit que le mollet droit présente à la partie supéro-postérieure une certaine augmenta-

tion de volume, et le palper lui fait reconnaître là une tumeur du volume d'un œuf de poule à peu près. Dès lors les mouvements deviennent difficiles; la jambe se fléchit avec une certaine gêne. Au niveau de la tumeur, le malade a de temps en temps la sensation de battements artériels. Enfin la douleur augmente; il est obligé de cesser ses occupations, et désirant se faire débarrasser de son mal, il se décide à venir à Paris, et entre à l'hôpital Necker le 14 mai.

Le lendemain, à la visite, voici ce que l'examen du malade nous permet de constater :

La partie postéro-supérieure de la jambe droite est notablement augmentée de volume. Il existe là une tumeur qui à l'œil ne se délimite pas très-bien des parties voisines, mais que le palper permet de circonscrire facilement. Elle s'avance en haut jusque un peu au-dessus de l'interligne articulaire ; en bas, elle descend jusqu'au tiers supérieur de la jambe; sur les côtés, elle s'arrête en dedans à l'angle postéro-interne du tibia, en dehors à la face externe du péroné. Sa forme est assez régulièrement arrondie, sans bosselures, sa consistance mollasse. On y trouve aisément de la fluctuation. A son niveau, la peau est complétement saine et sans adhérence. Les doigts appliqués sur la tumeur sentent vers sa partie moyenne des pulsations artérielles; mais il n'y a pas de mouvement d'expansion, pas de bruit de souffle. Il est évident que si les pulsations se perçoivent mieux ici qu'à l'état normal, cela tient à ce que l'artère est plus superficielle, soulevée par la tumeur.

La mensuration donne les résultats suivants :

Diamètre transversal.	20 centimètres.
Diamètre vertical.	17 —

Nous procédons à l'étude des mouvements de la jambe, et nous constatons qu'ils sont excessivement bornés, et ne peuvent se faire qu'avec de grandes douleurs; aussi le malade se condamne-t-il volontairement au repos le plus absolu.

Le diagnostic présente une certaine difficulté. Cependant, en présence des symptômes que nous venons de décrire, M. Desormeaux n'a hésité qu'entre un abcès ossifluent et une tumeur encéphaloïde, l'idée d'anévrysme étant naturellement écartée par plusieurs considérations : d'abord le siége de la tumeur, située non dans le creux poplité, mais à la partie supérieure de la face postérieure de la jambe, puis et surtout par l'absence des signes propres à cette affection.

Une ponction exploratrice, pratiquée deux jours après l'entrée du malade, fit voir qu'il n'y avait pas là de collection purulente, quelques gouttes d'un sang noirâtre sortant seules par la canule du tro-

cart. Nous étions donc naturellement amenés à la pensée d'un encéphaloïde, que nous supposions avoir son point de départ dans le tibia. La rapidité de la marche du mal, les douleurs qui l'accompagnaient, tout nous confirmait dans cette opinion. Quelques jours plus tard, le microscope nous en donnait la certitude, en montrant des cellules cancéreuses bien évidentes dans un peu de matière blanchâtre retirée par le trocart. D'ailleurs la tumeur avait déjà pris un accroissement très-rapide, et sa surface était devenue bosselée.

Le doute n'étant plus permis, M. Desormeaux résolut de recourir à l'amputation de la cuisse, l'énucléation de la tumeur étant impossible suivant toute apparence.

Le 1er mai, l'amputation est pratiquée au tiers inférieur de la cuisse, après qu'on s'est assuré par une large incision au niveau de la tumeur qu'elle adhère réellement au tibia.

Examen de la tumeur après l'amputation. — Nous enlevons successivement la peau, le tissu cellulaire, les muscles, qui sont parfaitement intacts. Les jumeaux et les poplités sont rejetés en arrière et paraissent amincis. Nous arrivons sur la tumeur, que nous trouvons enveloppée d'une membrane qui l'isole complétement des parties voisines; son volume est celui d'une grosse orange. Elle est arrondie, lisse partout, si ce n'est à la partie interne où l'on voit quelques bosselures. Sa consistance, molle dans tous les points, est tout à fait liquide en arrière. En avant, nous constatons qu'elle adhère au tibia par un pédicule assez large. Un trait de scie vertical pratiqué sur cet os permet d'étudier plus à l'aise ses rapports avec la tumeur. Nous voyons que son extrémité supérieure présente une excavation longue de 6 ou 7 centimètres, large de 4 ou 5 et remplie par la matière cancéreuse. Cette excavation se prolonge en haut jusqu'à la surface articulaire, en ne respectant que le cartilage, qui est même un peu dépoli. Sur les côtés, elle est entourée d'une coque osseuse ayant à peine 2 ou 3 millimètres d'épaisseur. Elle est d'ailleurs parfaitement lisse, sans anfractuosités.

Au niveau de la tumeur, le tibia, à sa surface externe, ne présente pas de déformation; pas de gonflement, pas de dépôts osseux.

Le péroné est tout à fait sain, sans aucune conuexion avec la tumeur.

En incisant la tumeur, nous la trouvons formée d'une pulpe d'un blanc grisâtre, comparable entièrement à la substance cérébrale. Cette pulpe est très vasculaire. Çà et là se montrent quelques dépôts sanguins. En arrière et à la partie moyenne existe un vaste foyer rempli de sang coagulé.

M. DAUVÉ lit un travail ayant pour titre :

Blessure par coup de sabre des artères humérale, radiale et cubitale au point même de la bifurcation de l'humérale. — Insuccès de la ligature par la méthode d'Anel, procédé de Hunter. — Amputation du bras. — Guérison.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Desormeaux, Verneuil et Béraud.

— M. MEYER lit une note sur la *strabotomie.*

Son travail est renvoyé à une commission composée de MM. Bouvier, Guyon et Follin.

— M. AZAM, professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Bordeaux, correspondant de la Société, lit le travail suivant :

Résections successives des nerfs sciatiques poplité externe et grand sciatique pour une névralgie de moignon. — Guérison. — Récidive. — Etude physiologique.

L'étude difficile des fonctions du système nerveux ne peut être seulement basée sur l'observation de l'homme à l'état de santé ; les vivisections viennent puissamment à son aide. Mais que de choses restent encore obscures ! L'animal, après une section de nerfs, est ou non paralysé, il crie ou ne crie pas, mais comment se rendre compte du point précis du membre dans lequel les mouvements seront diminués ou abolis et des modifications si variées que peut subir la sensibilité dans tel ou tel point limité du corps? C'est à l'étude de l'homme malade qu'il faut alors avoir recours, c'est dans l'observation attentive des faits pathologiques que la physiologie puise de nouvelles ressources, et tout médecin ou chirurgien soucieux des progrès de la science ne doit pas laisser inaperçues les altérations des centres nerveux ou de la périphérie qui auront pendant la vie donné lieu à certains ordres de symptômes ou qui auront nécessité des opérations sur le système nerveux, sortes de vivisections humaines.

OBSERVATION. — Germain L..., âgé de vingt ans, terrassier, est apporté à ma clinique de l'hôpital Saint-André de Bordeaux pendant la nuit du 18 février 1862. Dans la soirée, sa jambe droite a été broyée par un train de wagons ; le malade ayant perdu beaucoup de sang, le docteur Labat, chef interne, pratique immédiatement l'amputation au lieu d'élection avec un lambeau postérieur et externe, méthode indiquée par l'état des parties. Le malade était chloroformé,

Rien de particulier ne signala les premiers jours de l'opération. Vers le dixième jour, un érysipèle survint et entrava la cicatrisation, qui fut très-lente. Un mois après, la plaie se rouvrit, envahie par une matière pultacée, grisâtre, qui nécessita l'application d'une couche légère de pâte de Canquoin. Vers le milieu de mai, la cicatrisation fut terminée; c'est à ce moment, c'est-à-dire trois mois après l'opération, que commencèrent à se montrer des douleurs violentes qui, limitées pendant quelques jours à la cicatrice, s'irradièrent bientôt dans tout le moignon. Ces douleurs consistaient en des élancements profonds qui se faisaient sentir surtout la nuit et dans une hyperesthésie de la peau de tout le moignon remontant jusqu'au-dessus du genou. Cette hyperesthésie était telle que le malade ne pouvait supporter le moindre contact : le poids de son drap pendant la nuit, le frottement du pantalon pendant le jour, lui causaient des douleurs intolérables.

Je passai en revue les moyens les plus vantés et les plus actifs contre les névralgies, vésicatoires, électricité, cautérisation, injections sous-cutanées, etc., etc., le malade n'éprouva aucun soulagement. Sur ces entrefaites, M. le docteur Labat ayant dû me remplacer pendant quelque temps en qualité de professeur suppléant de clinique, pratiqua, le 25 septembre, la résection du nerf sciatique poplité externe au-dessus de la cicatrice, à cinq centimètres au-dessous de la tête du péroné. L'opération simple en elle-même fut compliquée d'accidents convulsifs très-graves; la première chloroformisation n'avait amené qu'une agitation très-vive, cette fois les convulsions prirent tout le caractère de l'épilepsie.

Cette résection partielle n'amena aucun soulagement. Pendant plus de quinze jours, les convulsions épileptiques qui avaient accompagné la dernière anesthésie se reproduisirent presque chaque jour, puis cessèrent pour ne se montrer qu'à de longs intervalles. Je dois noter ici que ce malade n'avait jamais eu auparavant d'attaques semblables, mais que sa mère était morte épileptique.

Ayant repris le service, j'éprouvai quelque embarras devant l'insuccès complet de cette tentative en apparence si légitime. J'essayai alors d'un moyen que me conseilla M. le professeur Denonvilliers, de passage à Bordeaux. Je plaçai le moignon dans un bain permanent de chloroforme; je n'obtins aucun changement, le chloroforme agissait comme irritant sur la peau, et le malade souffrait davantage.

Vers la fin d'octobre, L..., qui n'avait pas été vacciné, fut atteint d'une variole confluente, et passa dans le service des varioleux. A sa rentrée dans une des salles, un mois après, il me raconta un intéressant épisode : cinq ou six jours auparavant, pendant son sommeil, il s'était fait dans son état un heureux changement. Au réveil, il avait

reconnu que ses douleurs avaient cessé d'une manière absolue dans toute la partie externe du moignon, il pouvait impunément toucher et pétrir la peau et les muscles; dans ces points, la sensibilité était normale. Cette guérison locale et limitée avait eu lieu deux mois après la résection du nerf sciatique poplité externe.

Malgré cette amélioration, l'état du malade était déplorable; dans les deux tiers du moignon, les douleurs avaient conservé leur intensité, et les attaques d'épilepsie persistaient, quoique plus rares; l'hyperesthésie de la peau causait au malade de véritables tortures. Il éprouvait une telle crainte d'un contact, si léger qu'il fût, que la vue d'un doigt s'approchant de son moignon le faisait tomber en convulsions; à ces douleurs superficielles se joignaient quelquefois des douleurs profondes, remontant jusqu'au haut de la cuisse; le malade était amaigri, sombre; il parlait de suicide.

Une opération semblable à celle qui avait réussi, quoique tardivement, était nettement indiquée; je devais réséquer le nerf sciatique poplité interne.

Le 29 décembre, je tentai l'opération, mais elle fut impossible. A la première inhalation de chloroforme, le malade fut pris d'une attaque des plus violentes. De plus, la contracture du moignon rendait inaccessible le creux du jarret; je dus y renoncer. Je n'avais plus de ressources que dans la résection du tronc lui-même.

Je noterai ici que pendant huit jours les attaques d'épilepsie se renouvelèrent avec une effrayante intensité; aucune opération n'avait été faite, le chloroforme était donc le seul coupable.

Résection du grand sciatique. — Le 8 janvier 1863, éclairé par l'expérience sur les accidents qui m'attendaient, je procède moi-même à l'anesthésie. Dès les premières inspirations, l'agitation commence et le visage se congestionne; aussitôt je verse sur la compresse une grande quantité de chloroforme; le malade, comme sidéré, retombe sur le lit; on le retourne, et je procède rapidement à l'opération : une incision de 6 centimètres, commençant à 2 centimètres au-dessus du creux du jarret, vers le milieu de la face postérieure de la cuisse, met à nu l'aponévrose; celle-ci incisée sur la sonde cannelée, je rencontre le bord externe du muscle biceps; j'étale le tronc nerveux placé immédiatement en avant, et l'ayant soulevé sur mon index gauche, je le coupe d'un coup de ciseaux; 3 centimètres au-dessous, j'enlève d'un autre coup de ciseaux la portion que je veux réséquer. L'opération a été très-rapide, et le malade n'a pas perdu de sang. A peine est-elle achevée que les convulsions apparaissent, et ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'il m'est possible de faire la réunion de la plaie et le pansement.

Bientôt le malade tombe dans l'état comateux qui suit l'attaque, et il est reporté à son lit.

La portion réséquée a un peu plus de 3 centimètres de long. Son extrémité inférieure comprend la bifurcation des deux sciatiques poplités; son tissu est parfaitement sain.

Vers le soir, le malade est revenu à lui-même; son hébétement est passé; il n'a aucun souvenir de l'opération. Pendant la nuit, il a deux ou trois attaques.

Les conséquences physiologiques et pathologiques de la résection du plus gros nerf de l'économie présentaient, on le comprend, un vif intérêt; aussi les ai-je étudiées avec soin.

Pendant les quarante-huit heures qui ont suivi l'opération, l'analgésie et l'anesthésie du moignon ont été complètes; le malade a perdu conscience de la partie inférieure de son membre. Après ce temps, il s'est aperçu que la sensibilité normale revenait peu à peu, mais seule, sans ramener avec elle les douleurs passées.

Le quatrième jour, l'état normal est complet. Le malade frappe son moignon, le pétrit violemment, et ne peut croire à son bonheur. La sensibilité du moignon est en tout semblable à celle des points correspondants de l'autre membre. La distance des pointes d'un compas y est appréciée de la même manière.

Le chatouillement, le pincement, le froid et le chaud donnent les mêmes sensations.

En un mot, la guérison est complète, absolue, et l'opération a eu un magnifique résultat.

Publié à cette époque, le succès eût été plus frappant; mais l'observation eût été moins instructive qu'aujourd'hui.

Or voici ce qui est arrivé :

Pendant sept mois et quelques jours aucune modification dans cet état satisfaisant n'a eu lieu, sauf quelques fourmillements ressentis de temps à autre dans le moignon; les attaques d'épilepsie ont complétement cessé; L... jouit d'une santé parfaite. Il est gros et gras, et, muni d'un pilon, il court la ville sans canne, vendant des journaux.

Le 25 juillet 1863, son pilon glisse entre deux pavés; il fait un effort pour se retenir, aussitôt une douleur horrible lui fait perdre connaissance; il tombe sur le sol en proie à une attaque d'épilepsie; pendant la nuit, deuxième attaque : il revient à lui le matin sur le plancher de sa chambre. Pendant deux ou trois jours les anciennes douleurs ont reparu, mais avec moins d'intensité; bientôt elles diminuent, mais persistent encore. Quinze jours après je rencontre L..., qui me raconte cette récidive; à ce moment les douleurs sont supportables; mais il ne peut marcher qu'à la condition de porter à l'ex-

trémité de son moignon un morceau de caoutchouc qui le protége contre tout retentissement douloureux.

Etat actuel du malade. — Aujourd'hui 2 mai, dix mois après la récidive, L... est dans l'état suivant :

Depuis plus de sept mois il n'a pas eu d'attaques d'épilepsie ; à trois ou quatre reprises, sans cause connue, il a éprouvé de violents accès de douleur : l'un entre autres qui a amené sa chute, sans cependant qu'il perdît connaissance. Il sent toujours, mais obscurément, deux ordres de douleurs : les unes, qui sont profondes, suivent le trajet du nerf sciatique ; d'autres, qui ayant leur siége à la peau, s'irradient dans le crural jusque dans les parties génitales : une fois, ces douleurs ont amené une impossibilité absolue d'uriner pendant plusieurs heures. Les changements de temps se font surtout ressentir dans les parties profondes ; le moignon est souvent pris d'un état convulsif très-pénible, et le malade améliore sa situation en le comprimant au moyen d'une bande roulée, serrée et bien appliquée. Il marche plus commodément en appliquant à l'extrémité de son pilon une rondelle de caoutchouc ; cependant, sans cette précaution, la marche n'est pas impossible comme dans les premiers temps.

En résumé, la guérison n'est pas complète, absolue, comme elle l'a été pendant sept mois. La circulation nerveuse s'est rétablie, et avec elle une partie des accidents ; mais la situation de L... est tolérable, et ne peut être comparée à ce qu'elle était avant la résection du grand sciatique. Il n'hésite pas à dire que si des douleurs pareilles revenaient, il demanderait une autre résection.

Avant de chercher une explication physiologique des phénomènes qui ont précédé et suivi l'opération, je crois indispensable de vous rendre compte du mécanisme de la formation de la névralgie.

On se souvient peut-être que l'amputation a été faite à lambeaux, et que la plaie a suppuré trois mois. Il y a eu nécessairement dans le moignon une accumulation de tissu inodulaire dans lequel ont été enserrées les extrémités des nerfs coupés ; c'est la rétraction lente de ce tissu qui, par son accroissement incessant, a amené la névralgie. Je suis convaincu que la plupart des amputés qui présentent cette redoutable complication ont été opérés par cette méthode. Le fait que je cite serait une indication à réséquer dans les lambeaux d'amputation les bouts nerveux, méthode conseillée du reste par M. Verneuil pour l'amputation sous-astragalienne.

Etudions maintenant la physiologie pathologique de cette observation.

Il paraît, au premier abord, très-simple qu'une névralgie soit guérie par la résection du nerf comprimé ; cependant, si on veut se re-

porter aux détails de l'observation, on verra que quelques points ont besoin d'être expliqués.

Il existait en effet, avant l'opération, deux douleurs : l'une profonde, et remontant vers la partie postérieure de la cuisse, due incontestablement à la compression des deux sciatiques poplités ; l'autre superficielle, consistant en une hyperesthésie de la peau qui enveloppait tout le moignon jusqu'au-dessus du genou ; cette douleur suivait le nerf crural et remontait parfois jusqu'aux organes génitaux. Or, on le sait, à part une petite partie en arrière et en dehors, le moignon, surtout quant à la peau, était innervé par les branches du nerf crural.

Comment la lésion du sciatique a-t-elle pu amener la douleur du crural et de ses terminaisons ?

Plusieurs hypothèses peuvent être faites. L'irritation, transmise par le nerf sciatique à la moelle, a agi sur les origines du crural, et ce nerf, par une sorte d'irradiation passant par le centre, a ressenti dans ses extrémités la douleur transmise.

On pourrait croire aussi qu'il s'est fait dans le moignon des anastomoses entre les extrémités renflées des nerfs coupés, anastomoses qui ont fait communiquer les bouts du sciatique avec les nerfs de la peau émanée soit du crural, soit du sciatique lui-même. La dissection des moignons démontre d'une manière incontestable l'existence de ces anastomoses.

Larrey, sur un moignon d'avant-bras, a reconnu la soudure du médian et du cutané. M. Richet a vu sur une cuisse le crural réuni au sciatique par une bande cicatricielle. M. Verneuil et le professeur Wedl, en 1855, ont étudié les renflements nerveux qui se forment à l'extrémité des nerfs coupés. Ils ont reconnu que ces intumescences contiennent un grand nombre de tubes nerveux qui se croisent en tout sens, et qui peuvent se mettre en rapport de continuité avec les nerfs adjacents. Enfin, les expériences de M. Chauveau (de Lyon) ont démontré de la manière la plus claire la possibilité de faire anastomoser artificiellement des nerfs coupés, même des nerfs sensitifs et des nerfs moteurs.

Voyons comment l'existence des anastomoses pourrait, chez notre malade, rendre compte des phénomènes observés.

La névralgie ne s'est montrée que trois mois après l'amputation ; à cette époque même elle paraissait confinée dans les profondeurs du moignon, où étaient comprimées par la cicatrice les extrémités des nerfs coupés. Peu à peu, des connexions avec les extrémités du crural se sont organisées, et la douleur s'est étendue à la surface du moignon ; son intensité a même été plus grande dans son nouveau

domaine, en raison de la prédominance des nerfs sensitifs à la peau. Une première opération est faite ; la résection du nerf sciatique poplité externe à 5 centimètres au-dessous de la tête du péroné. Mais cette opération ne donne pendant deux mois aucun résultat ; cela s'explique par ce fait que toute la partie externe du moignon est innervée par la branche cutanée péronière, qui émane du sciatique audessus du lieu de la section. Or le renflement comprimé s'étant anastomosé avec les extrémités de cette branche, la section faite immédiatement au-dessus n'a pas, en réalité, séparé le point malade des centres nerveux, et la douleur, au lieu de remonter en passant par le tronc du sciatique poplité externe, est passée par la branche anastomosée accidentellement avec le point malade.

Mais comment expliquer qu'après deux mois la douleur a subitement cessé dans toute la partie externe du moignon ?

Il est probable que pendant ce temps l'extrémité du sciatique séparée de son tronc s'est atrophiée, et qu'il est arrivé un moment où, ayant presque disparu dans la cicatrice qui l'étreignait, la névralgie ressentie par les branches anastomosées n'a plus eu de raison d'être. Malheureusement sept mois s'écoulent, le tissu nerveux se régénère, la vie revient dans les points atrophiés et comprimés, et la douleur revient avec elle dans la partie externe du moignon comme dans le reste.

Je ne puis m'empêcher de faire ici une remarque sur la façon singulière dont a procédé dans ces deux cas l'influx nerveux. Dans l'atrophie de l'extrémité comme dans la régénération du tissu enlevé, il n'a pas disparu ou ne s'est pas rétabli lentement, c'est-à-dire au fur et à mesure de la disparition ou de la reconstitution de l'élément anatomique. C'est subitement, tout d'un coup. Le nerf, paraît-il, est ou n'est pas apte au passage du courant ; quand il l'est, il l'est tout à fait. Cette analogie avec le fluide électrique est frappante : il y a ou il n'y a pas contact ; quel que soit le contact, s'il existe, le courant passe.

L'opération principale, la résection du tronc du sciatique, a eu, contrairement à la précédente, un succès immédiat. Cela se comprend ; elle a absolument séparé du centre les extrémités nerveuses malades ; elle a complétement interrompu le circuit ; la douleur ressentie dans le crural par l'intermédiaire des anastomoses, comme celle éprouvée directement par les filets cutanés du sciatique, a disparu avec la cause.

Pendant les quarante-huit heures qui ont suivi l'opération, il s'est passé un phénomène sur lequel je dois revenir ; toute sensibilité normale ou anormale a disparu dans le moignon. Le malade n'a plus en

quelque sorte conscience de son existence. Je ne puis expliquer cette abolition momentanée des fonctions que par une sorte de commotion amenée dans le système nerveux de la région par l'opération elle-même.

Je n'ai pas besoin d'insister sur ce fait, que la résection du nerf sciatique a fait disparaître la douleur du moignon sans amener avec elle aucune des conséquences ordinaires des résections nerveuses : paralysie du mouvement, abolition de la sensibilité. A la hauteur où avait été faite l'amputation, le nerf sciatique n'a encore donné que peu de rameaux. La contracture du moignon et son peu de longueur empêchent de reconnaître s'il est paralysé. Quant à la sensibilité cutanée, la région qui la recevait du sciatique avait trop peu d'étendue pour que les effets de la résection pussent y être appréciables.

Nous avons vu qu'après sept mois et quelques jours la maladie s'est reproduite, bien qu'avec une moindre intensité.

On sait très-bien aujourd'hui que les nerfs coupés ou réséqués se régénèrent. Dès 1776, Cruikshank l'avait démontré. Après lui, Fontana, Michaelis, Meyer. Dans ce siècle, Swan, Béclard, Descot; de nos jours, M. Flourens, M. Verger (de Montpellier), qui en a fait le sujet d'un mémoire important, l'ont démontré par des expériences sur les animaux.

En 1859, M. Lobsteck (de Tubingen), a réuni cinq faits de régénération de nerfs coupés chez l'homme. Aussi est-ce pour cela que j'avais réséqué une quantité considérable et que je croyais suffisante, plus de 3 centimètres. Malgré ce soin, après sept mois le courant nerveux s'est rétabli, non lentement, comme l'élément nerveux qui devait le conduire, mais tout d'un coup, ramenant la douleur avec lui. Ce rétablissement a eu lieu sous l'influence d'un ébranlement du moignon.

J'ai fait remarquer plus haut la frappante analogie de ce phénomène avec les allures des courants électriques.

Jusqu'à ce jour, grâce probablement à un certain degré d'atrophie qui avait dû suivre l'opération, la maladie est tolérable, mais il est impossible d'affirmer qu'elle ne reprendra pas sa première intensité. Dans ce cas, je n'hésiterais pas à faire une nouvelle résection, en apportant dans l'opération des modifications importantes.

Je ne dois cependant pas me dissimuler qu'on peut donner de la récidive une explication qui rendrait très-illusoire tout espoir de guérison radicale.

J'ai précédemment admis que la douleur était revenue par la régénération du nerf coupé. Mais on pourrait admettre aussi que la névralgie est aujourd'hui causée par un névrome, un renflement fi-

breux développé dans le bout supérieur du nerf réséqué. Dans cette hypothèse, une nouvelle opération n'amènerait encore qu'une guérison temporaire.

Cependant, je dois le dire, cette explication me paraît douteuse, car le malade souffre de l'extrémité de son moignon, et n'éprouve aucune douleur dans la région où est aujourd'hui le bout supérieur, c'est-à-dire à 6 ou 7 centimètres au-dessus du creux poplité.

Au point de vue opératoire, ce fait présente un certain intérêt.

La résection du grand nerf sciatique n'a été que très-rarement pratiquée. En 1828, M. Malagodi l'a faite pour une névralgie de la jambe; la guérison a été complète le cinquantième jour, mais le malade a été perdu de vue cinq mois après l'opération. On ignore donc si, comme chez le mien, la continuité nerveuse s'est rétablie.

En 1839, un malade de M. Maye a subi successivement, pour une névralgie du genou, une amputation de cuisse, une résection du moignon et du nerf sciatique dans la cicatrice, une deuxième résection du nerf sciatique plus haut; enfin, une désarticulation de la hanche. Cette dernière opération put seule amener la cessation des douleurs.

En 1859, un chirurgien américain a fait la résection du nerf sciatique au-dessous de l'ischion; mais auparavant, il avait fait subir au membre inférieur trois amputations successives. Dans ces deux faits, on ne sait vraiment ce qu'il faut le plus admirer, ou de la ténacité du chirurgien, ou de la confiance et du courage des malades.

J'ai entendu dire que dans ces derniers temps, M. Nélaton avait réséqué le grand nerf sciatique pour une névralgie de la jambe, mais le fait n'a pas été publié.

L'observation qui précède est, à ma connaissance, le seul fait de névralgie de moignon pour lequel cette résection ait été pratiquée. C'est aussi la seule qui ait donné lieu à une étude physiologique des phénomènes observés.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

Vingt-sept membres titulaires et honoraires de la Société prennent part au vote.

Au premier tour de scrutin :

M. Lefort obtient.	19 voix.
M. Panas.	7
M. Périn.	1

En conséquence, M. le président proclame M. Léon Lefort membre titulaire de la Société de chirurgie.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Tumeur ganglionnaire récidivée.

M. VERNEUIL désire avoir l'opinion de ses collègues sur l'opportunité d'une opération chez un malade sur lequel il donne d'abord les renseignements suivants :

C... (Eugène), âgé de vingt-cinq ans, très-robuste, a toujours été bien portant. Une blennorrhagie à dix-neuf ans. Pas d'antécédents syphilitiques. Pas de glandes ou traces scrofuleuses dans sa jeunesse. Le père, âgé de quarante-huit ans, jouit d'une bonne santé. La mère est morte à l'âge de quarante ans d'une fluxion de poitrine. — A seize ans, il remarque au côté droit du cou, sous l'angle de la mâchoire, une petite grosseur du volume d'une noisette, indolente, très-dure. En un an elle acquiert à peu près le volume d'un œuf, et son accroissement se fait peu en surface, mais surtout en pointe. A cette époque, le malade consulte M. Bergonnier, qui le soigne durant huit mois de la façon suivante :

Ponction à la lancette ; puis introduction dans la tumeur, pour la broyer, d'un instrument que le malade compare à un vilebrequin ; enfin, injection caustique. Cette douloureuse opération était répétée chaque jour, et c'est la souffrance seule qui a fait renoncer le malade à cette médication. A partir de ce moment la tumeur s'accroît rapidement, et en dix-huit mois elle acquiert à peu près un volume égal à celui qu'elle a aujourd'hui, mais elle était surtout acuminée et beaucoup moins étendue en surface.

Le malade entre à Cochin dans le service de M. Gosselin (décembre 1857) ; la tumeur est enlevée, et au bout de vingt-neuf jours le malade quitte l'hôpital en parfaite santé. La guérison persiste pendant trois ans environ ; cependant, dans les régions lymphatiques voisines, petits ganglions remarqués par le malade. Vers 1860, réapparition de la tumeur, mais accroissement assez lent ; en deux ans elle prend à peu près le volume d'un gros œuf. Mais à partir de 1862, la tumeur prend rapidement des proportions considérables.

Etat actuel. — A la région latérale droite du cou, tumeur volumineuse (une fois et demie le poing), étalée, s'étendant de l'apophyse mastoïde à la région moyenne du cou, de consistance dure mais pas tout à fait chondroïde, très-mobile, paraissant peu s'enfoncer dans l'échancrure parotidienne (le doigt est introduit assez facilement entre la tumeur et le maxillaire). La peau est un peu rouge à la surface de la tumeur ; on y voit une cicatrice à trois branches assez régulières ; il serait difficile au malade de dire si elle est la trace de l'opération

de M. Gosselin ou du traitement de M. Bergonnier. Ganglion sous-maxillaire droit induré, plus consistant que la tumeur, du volume d'un œuf; ganglion sous-mental également engorgé et induré. Au-dessous de la tumeur, masse adénopathique volumineuse, moins dure, assez élastique, s'étendant jusqu'au voisinage de la clavicule. Le sterno-mastoïdien est soulevé par la tumeur; ses deux chefs inférieurs sont tendus; les veines anté-thoraciques sont dilatées; on sent superficiellement les battements de la carotide ou tout au moins d'une branche volumineuse émanant de ce vaisseau; peut-être un peu de refoulement en dedans; souffle continu, peu intense.

Pas de dyspnée, pas de vertiges, pas de difficulté pour avaler; état général parfait.

Voilà donc, continue M. Verneuil, un homme jeune, actuellement bien portant comme santé générale, mais qui est voué à une mort certaine dans un temps indéterminé, si on renonce à l'opérer.

Cette tumeur n'a ni la marche ni l'aspect d'un cancer, c'est un adénome; mais il ne s'ensuit pas que le pronostic soit bénin. Nous n'avons pas affaire ici à une simple hypertrophie ganglionnaire. La marche et les caractères physiques de la tumeur indiquent qu'il y a autre chose, des parties dures, fibreuses, qui peut-être sont en relation directe avec la parotide.

Je ne me dissimule pas toutes les difficultés que peut offrir une semblable opération. Le malade peut succomber séance tenante, soit par hémorrhagie, soit par l'entrée brusque de l'air dans quelque grosse veine. On pourrait peut-être se mettre en garde contre ces graves accidents en associant l'emploi de l'écraseur linéaire à celui du bistouri, ainsi que cela a été fait avec succès pour une grosse tumeur du cou, par un chirurgien américain.

Il y a cependant un fait qui, s'il était bien constaté, fournirait une contre-indication absolue, ce serait l'existence d'une chaîne ganglionnaire descendant jusque dans la poitrine.

En l'absence de cette complication, on pourrait peut-être songer à une opération qui, si elle ne procurait pas une guérison définitive, aurait au moins l'avantage de prolonger plus ou moins longtemps la vie du malade.

Il y a sept ans que M. Gosselin l'a opéré, et si on pouvait obtenir un nouveau répit aussi long, cela vaudrait bien la peine d'opérer.

Deux de nos collègues qui ont examiné le malade, MM. Follin et Guérin, ont des opinions diverses: M. Follin opérerait, M. Guérin s'abstiendrait. J'avoue que je suis complétement indécis, et dans l'intérêt du malade, je demande l'opinion de mes collègues.

M. MARJOLIN. Il y a déjà eu une récidive avec développement con-

sidérable de la tumeur, après une opération qui, selon toute probabilité, a dû être très-bien faite par M. Gosselin. La tumeur n'est pas parfaitement libre et mobile sur les tissus sous-jacents; elle a sans doute des adhérences profondes, des rapports intimes avec les gros vaisseaux du cou. Ce serait donc une opération très-difficile, peut-être même impossible à terminer; et si par hasard on en venait à bout, ce serait pour voir une prompte récidive compromettre ce laborieux résultat. Je ne puis oublier ce malade que nous présenta autrefois Lenoir, après lui avoir fait subir de nombreuses opérations pour des récidives persistantes d'une tumeur des parois thoraciques. Ces opérations n'eurent en définitive aucun résultat, et le malade succomba. En somme, je m'abstiendrais de toute opération chez le malade de notre collègue.

M. LEGOUEST. Je crois que la tumeur de ce malade est bien ganglionnaire, mais ce n'est pas une simple hypertrophie; il y a peut-être quelques masses cartilagineuses et très-probablement des kystes.

Depuis longtemps j'ai renoncé à enlever ces tumeurs, qui sont très-fréquentes dans l'armée, et que j'ai observées nombre de fois dans mon service.

Cette tumeur n'est pas absolument inopérable. L'habileté du chirurgien pourrait conjurer le danger, mais il faut s'attendre à de très-grosses difficultés. Les gros vaisseaux du cou sont englobés dans la tumeur, et on aura une hémorrhagie immédiate des plus redoutables.

La plaie résultant de l'ablation sera beaucoup plus étendue et plus profonde qu'on ne pourrait le croire au premier abord; car il faudra poursuivre ce chapelet ganglionnaire jusqu'à ce qu'on ait tout enlevé.

Enfin, je craindrais la possibilité, ou mieux la probabilité d'une récidive. Telles sont les raisons qui m'engageraient à ne pas opérer.

M. BOINET. Puisqu'une opération sanglante paraît entourée de si graves dangers, ne pourrait-on pas essayer de détruire cette tumeur par suppuration provoquée par des injections et des applications caustiques?..

M. VERNEUIL. Je pense qu'eu raison de la nature complexe de la tumeur, il faut, ou faire une opération radicale, ou ne rien faire, et qu'il faut se garder des tentatives dont parle M. Boinet, et qui, en général, n'ont pour résultat que d'exaspérer le mal et d'en hâter les progrès.

Au reste, l'opinion exprimée par mes collègues a tranché mes hé-

sitations. Je n'étais guère disposé à opérer, je me range à l'avis général, et je me bornerai à instituer un traitement médical.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, U. TRÉLAT.

Séance du 15 juin 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

— M. le docteur Clot-Bey, correspondant national, fait hommage à la Société d'une brochure intitulée *De l'ophthalmie, du trychiasis, de l'entropion et de la cataracte observés en Egypte.*

— M. le docteur Herpin offre à la Société son ouvrage intitulé : *De l'acide carbonique et de ses propriétés,* etc.

— M. Larrey présente, de la part de M. Gherini, membre correspondant, deux brochures intitulées, l'une, *De la cure chirurgicale de la névralgie;* l'autre, *De la cure de l'anévrysme par la compression.*

De la part du docteur Wilhelm Roth, une brochure intitulée *Etudes de chirurgie militaire.*

En son propre nom, le *Programme d'instructions sommaires sur la médecine,* dressé par lui au nom de la commission scientifique du Mexique.

DISCUSSION.

Résection des nerfs.

M. AZAM. En apportant à la Société de chirurgie l'observation que j'ai eu l'honneur de lire mercredi dernier, j'ai pensé qu'elle pourrait être l'occasion d'éclairer plusieurs points encore obscurs dans ce que j'appellerai la chirurgie des nerfs.

Le premier de ces points concerne les névralgies des moignons ou les accidents nerveux quelconques qui accompagnent la convalescence des amputations. Quelles sont les circonstances dans lesquelles des accidents se produisent? Le mode d'opération ou de pansement

y est-il pour quelque chose, ou faut-il seulement en accuser une disposition particulière aux sujets qui en sont frappés?

Bien que ces névralgies soient un accident relativement rare, je ne doute pas que les chirurgiens qui m'écoutent n'en aient observé un certain nombre. MM. les chirurgiens d'armée surtout ont dû en voir soit aux Invalides, soit au Val-de-Grâce. Le résumé de l'observation individuelle serait certainement utile, car il n'existe dans les traités didactiques ni ailleurs, du moins à ma connaissance, aucun travail spécial.

Or, bien que très-souvent les accidents nerveux qui suivent la convalescence des amputations soient tolérables, il arrive aussi, — le fait que j'ai rapporté en est la preuve, — que ces accidents acquièrent une telle intensité que le chirurgien est mis en demeure de tenter quelque chose pour soulager ou guérir son malade. La Société se souviendra que l'amputé dont je lui ai raconté l'histoire éprouvait de telles douleurs qu'il se serait certainement suicidé. Je crois donc qu'une discussion sur ce sujet rendrait aux praticiens les plus grands services.

Envisageant la question d'une manière plus générale, il y aurait aussi à rechercher quelle doit être la part de l'intervention de la chirurgie dans les névralgies de toutes sortes, spontanées ou traumatiques. La question n'est pas neuve, cependant elle est loin d'être épuisée; quelles sont les circonstances dans lesquelles la section ou la résection peuvent être employées, et quels sont les moyens de rendre ces opérations efficaces, c'est-à-dire procurant une guérison durable?

Relativement au fait particulier que j'ai porté devant la Société, je serais heureux qu'elle voulût bien m'aider de ses lumières sur ce qui me reste à faire.

Chez mon malade, après sept mois de guérison complète, la névralgie a récidivé; tolérable jusqu'ici, elle peut devenir aussi intense qu'elle l'a été, le fait est même probable. Dans cette hypothèse, dois-je tenter une nouvelle opération, dois-je réséquer de nouveau une plus grande quantité de nerfs, et faut-il employer une précaution opératoire qui du reste a été conseillée, retourner les extrémités nerveuses coupées? Alors pourrai-je compter sur une guérison radicale?

Ici surgit une question subsidiaire. Si la névralgie a récidivé, cela tient-il à la régénération des trois centimètres du nerf sciatique enlevé, ou cela tient-il à ce que, dans le bout supérieur, il s'est formé un névrome, fait ordinaire dans les sections nerveuses?

Dans le premier cas, une guérison radicale serait possible par une autre opération; dans le deuxième, il n'y faudrait pas compter, car,

à quelque hauteur que le nerf fût coupé, un névrome se formerait de nouveau sur le bout sectionné.

Ces questions, comme je l'ai dit plus haut, sont du plus grand intérêt. La lumière qu'une discussion à la Société de chirurgie ne pourrait manquer de jeter sur elles, serait non-seulement utile à moi qui la consulte, mais aux praticiens qui se trouveront dans des circonstances analogues.

M. Larrey Je suis pris à l'improviste par l'importante question soulevée par M. Azam. J'eusse pu apporter à la Société, et je le ferai si elle le désire, quelques faits relatifs aux névralgies des moignons. Il existe sans doute un certain nombre de causes qui peuvent les produire. J'en signalerai surtout une sur laquelle mon père insistait, c'est la réunion trop immédiate des moignons. Il ne faut pas négliger l'influence qu'exercent les corps étrangers séjournant dans les plaies, les pansements mal faits, les ligatures portant directement sur les nerfs, le climat et la température, et quelques autres causes relatives au mode de transport des blessés, à la conicité du moignon, etc.

M. Verneuil. Les névralgies des moignons m'ont beaucoup occupé, et c'est par une étude sur ce sujet que j'ai pour ainsi dire fait mon entrée à la Société. (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 443.)

Après avoir disséqué avec le plus grand soin un moignon d'amputation du pied que son excessive sensibilité avait toujours rendu inutile, j'étais arrivé à reconnaître les causes de cette sensibilité, et j'en avais conclu qu'il serait avantageux de réséquer les extrémités des gros nerfs pouvant être comprimés dans les amputations à lambeaux.

Ma proposition fut combattue dans le sein de la Société; cependant mes convictions à cet égard n'ont fait que s'affermir, et mes idées ont été reproduites dans une thèse et dans le *Bulletin de thérapeutique*.

Je serais donc tout disposé, le cas échéant, à réséquer 5 ou 6 centimètres de gros nerfs dans une amputation à lambeaux où je craindrais de les voir comprimés.

A la vérité, les faits de la nature de celui de M. Azam sont rares. Tous les névromes ne sont pas douloureux, et souvent on observe chez le même individu un grand nombre de névromes indolents, et quelques-uns seulement produisent des souffrances.

Cependant la résection des extrémités nerveuses a encore d'autres avantages : elle donne la chance d'éviter ces névrites traumatiques qu'on voit résulter du séjour des nerfs coupés dans les foyers d'une

suppuration prolongée. Peut-être cette résection serait-elle un obstacle au premier germe de certains accidents fébriles graves? Quelques expériences de l'un de nos plus grands physiologistes tendraient à le faire croire. Enfin, puisqu'il est prouvé que la terminaison de tout nerf coupé doit être un névrome, ne vaut-il pas mieux que ceux-ci soient profonds, élevés, situés dans l'épaisseur des tissus, au lieu de contracter des adhérences avec la cicatrice et les extrémités des os?

M. MARJOLIN. La proposition de M. Verneuil peut s'appliquer jusqu'à un certain point aux amputations à lambeaux. Mais pour les amputations circulaires, ces résections de nerfs seraient impossibles dans certains cas, lorsque, par exemple, on ampute pour des tumeurs blanches, dans des parties dures, épaisses, presque lardacées, parties qui donnent très-souvent, mais non toujours, des moignons parfaitement constitués. Quelquefois, il est vrai, malgré toutes les précautions, ces moignons deviennent fusiformes et sont le siége d'accidents douloureux. On doit encore se demander quel serait le résultat de ces résections sur la vitalité et la réunion des parties auxquelles se distribuent les nerfs.

M. BROCA. Il y a deux questions qui se présentent à propos du fait de M. Azam : la prophylaxie et la thérapeutique. Or, M. Azam demande qu'on l'aide à faire face aux éventualités qui peuvent survenir. Je ne crois pas que le retour de la douleur puisse être attribué à la réunion des extrémités coupées des nerfs, car jamais, quand la section a été faite dans de pareilles conditions et qu'on a vu la sensibilité se rétablir, les mouvements n'ont suivi la même marche. Or, si la réunion avait lieu pour un nerf mixte, mouvements et sensibilité reparaîtraient ensemble. Et cela est particulièrement vrai pour le nerf sciatique. J'ai fait à cet égard des expériences sur des moutons, et jamais, quelque soin que je misse à faire des rapprochements ou des sutures variées, je n'ai vu les extrémités de ce nerf se réunir.

Mais M. Azam ne pourrait-il penser que la douleur a pour siége un autre nerf que le sciatique? Le crural se distribue à une partie du moignon, et je serais porté à croire que c'est ce dernier nerf qui est maintenant le siége de la souffrance.

La guérison absolue pendant plusieurs mois ne serait pas une preuve contraire à mon hypothèse, car on comprend très-bien que la résection ait pu porter sur le nerf qui était alors spécialement douloureux.

M. HOUEL. M. Broca vient de dire qu'il n'avait jamais observé la réunion sur de gros nerfs; j'ai été plus heureux que lui, j'ai vu un cas où 3 centimètres de nerf médian avaient été enlevés et où on avait réuni les deux extrémités par la suture. Au bout de huit ou dix jours

les mouvements et la sensibilité étaient rétablis. Je ne sais pas s'ils ont persisté au même degré.

M. VERNEUIL. M. Marjolin a renouvelé quelques objections qui m'ont été adressées autrefois sur les dangers que pourraient courir les lambeaux. Je ferai seulement observer que les gros troncs qu'on peut réséquer ne servent aucunement aux fonctions des lambeaux, ceux-ci empruntant leurs filets nerveux à des points situés beaucoup plus haut.

M. Marjolin a dit qu'on ampute quelquefois sur des tissus durs et lardacés, et qu'on ne pourrait pas réséquer les nerfs. Il ne faut pas amputer sur des parties malades, sans quoi on s'expose précisément à avoir des moignons coniques.

Quant au fait de M. Azam, après en avoir écouté les détails avec la plus grande attention, je crois qu'aujourd'hui l'origine de la douleur, c'est le névrome qui s'est formé à l'extrémité du bout supérieur réséqué du nerf sciatique, de telle sorte que je commencerais par réséquer cette extrémité renflée.

Je suis bien de l'avis de M. Broca sur l'efficacité de la résection de 3 centimètres d'un gros nerf. Aussi, j'ai été tellement étonné d'entendre M. Houel parler du rétablissement de la continuité du médian au bout de huit jours, que je crois devoir le mettre au défi de nous fournir la preuve de ce fait extraordinaire.

M. BROCA. M. Marjolin paraît disposé à croire que des lambeaux d'amputation dans lesquels, pour une cause quelconque, l'innervation ne se ferait pas, seraient exposés à ne pas se cicatriser ou à tomber en gangrène.

Déjà M. Verneuil a répondu que l'innervation ne serait pas entravée par la résection des gros troncs. Mais je vais plus loin. J'ai pu m'assurer par une série d'expériences faites en 1851 et 1852 sur des moutons et des chiens, que lorsqu'on supprime toutes les sources d'innervation, les phénomènes inflammatoires, la réunion des parties, leur cicatrisation, se comportent exactement comme si les nerfs étaient intacts. J'ai poussé ces expériences jusqu'à réséquer avec l'artère crurale les filets nerveux nutritifs qui l'entourent comme une gaîne (les nerfs sciatique et crural étant déjà coupés depuis plusieurs mois), et les phénomènes ont été exactement les mêmes.

Je dirai à M. Houel que j'ai parlé du nerf sciatique sur lequel j'ai expérimenté, et non d'un autre. Le volume a ici une extrême importance, car je n'ignore pas qu'on a observé nombre de fois la réunion de nerfs plus petits, comme le pneumo-gastrique.

Je suis d'ailleurs disposé à admettre avec M. Verneuil que les mouvements signalés au bout de huit jours par M. Houel dans la

main du malade qui avait eu 3 centimètres de nerf médian réséqué, pouvaient bien ne pas reconnaître pour cause la réunion des extrémités de ce nerf. A-t-on, pour s'en assurer, observé la peau centimètre par centimètre ? A-t-on interrogé les muscles un à un ? Il le faudrait pour affirmer que les fonctions du nerf médian étaient rétablies, et que ce qu'on observait n'était pas dû au radial ou au cubital.

Il y a encore un point qui mérite attention. Il ne faut pas confondre la réunion et la régénération des nerfs. Or, pour que les fonctions nerveuses se rétablissent, il faut non-seulement que les extrémités soient réunies l'une à l'autre, phénomène qui n'est pas très-rare, mais il faut encore qu'un travail complexe de reproduction de tubes nerveux, que des observateurs contemporains ont bien observé, s'effectue, et que ces tubes nouveaux plongent à travers le plasma cicatriciel jusque dans les tubes anciens. Or ce travail particulier est loin de se produire toujours, et cela explique pourquoi il peut y avoir réunion et non retour des fonctions du nerf.

M. MARJOLIN. Il me semble que M. Michon a réséqué il y a plusieurs années une assez grande étendue du nerf sciatique au-dessus et au-dessous d'un névrome chez une dame, et qu'il y a eu guérison définitive.

Si on suivait le conseil de M. Verneuil pour les amputations, on ferait souvent la section 10 et 12 centimètres au-dessus du point où je la fais habituellement. Or l'expérience, et j'ai bien fait cent-vingt ou cent-trente amputations, m'a appris que dans bon nombre de cas, à la suite de l'amputation, cette induration des parties molles se résout complétement et donne un très-beau moignon. Dans quelques cas, au contraire, quels que soient le procédé et le soin qu'on apporte aux pansements, on a des moignons coniques. Je me souviens précisément d'un cas où M Verneuil, qui me remplaçait dans mon service, avait fait une amputation de cuisse à lambeaux. Malgré la régularité de l'opération, malgré les soins que je donnai au petit malade, au bout de huit jours un des lambeaux était perforé par le fémur, et en fin de compte nous avions un moignon des plus coniques.

M. AZAM. Si l'opinion qu'a émise M. Verneuil sur le siége des douleurs était exacte, le malade se plaindrait de souffrir au-dessus du creux poplité. Or, il ne souffre qu'à l'extrémité du moignon et nullement au niveau du bout supérieur sciatique.

M. HOUEL affirme de nouveau que chez la malade qu'il a vue, c'était bien le nerf médian qui avait été coupé, et que les mouvements de la main étaient très-accusés. Du reste, pour lever les doutes, il s'effor-

cera de retrouver la malade, quoique sa vie un peu nomade puisse rendre cette recherche difficile.

M. VERNEUIL maintient les doutes qu'il a élevés sur cette observation, et se refuse à l'accepter jusqu'à ce que la preuve du fait ait été fournie.

— La discussion sera continuée.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT ET DE PIÈCE.

Attelle du Dr R. Smith pour fracture du membre inférieur.

M. LE Dr GANTILLON montre un modèle de cette attelle, et en explique l'usage. L'attelle antérieure du professeur N. R. Smith, de l'Université de Maryland, est faite d'un fil de fer de 5 millimètres environ, courbé en forme de parallélogramme d'un écartement de 2 ou 3 pouces, d'une longueur suffisante pour que, lorsque la cuisse est fléchie sur le pelvis et la jambe sur la cuisse, son extrémité supérieure atteigne la crête iliaque et l'inférieure les orteils, et que les coudes de cet appareil coïncident avec l'aine, le genou et le coude-pied.

Pour maintenir les branches parallèles à distance égale, il est nécessaire de les souder ensemble par deux branches transversales.

Après l'avoir plié pour le faire coïncider avec les angles naturels du membre, on enveloppe cet appareil entièrement avec des tours de bande, ne laissant découvertes que les œillères qui servent à la suspension. Alors on place l'attelle sur la partie antérieure du membre, on prend des bandes de diachylon de 6 centimètres de large et de longueur suffisante pour pouvoir embrasser aisément la jambe avec l'appareil. On en met deux autour de la cuisse, deux autour de la jambe et une autour du pied.

Alors on élève la jambe au moyen de cordes, et l'on fait un bandage depuis les orteils, sans couvrir le genou, jusqu'au bassin, qu'on entoure de deux ou trois tours de bande.

Dans le cas où l'on aurait affaire à une fracture compliquée, on ne ferait monter les tours de bande que jusqu'à la blessure, pour continuer au-dessus, laissant celle-ci à découvert, pour recevoir un bandage spécial qui permît de panser cette blessure sans déranger le reste de l'appareil.

Le membre reste alors en suspension dans le bandage, dont chaque tour est adapté à sa forme. Par conséquent, il n'y a pas de pression inégale, le membre étant ainsi à l'aise, dans une position naturelle qui évite les contractions spasmodiques des muscles et le déplacement des extrémités des os fracturés.

Le même appareil convient aussi pour les fractures du col du fémur.

Pour les fractures de la rotule, on ne fait pas subir de courbure à cet appareil, on le laisse tout droit.

Polype naso-pharyngien. — M. RICHET présente un polype naso-pharyngien formé de tissu cartilagineux. M. Richet remettra cette importante observation dès que l'état de la malade le permettra.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

Séance du 22 juin 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale.* — Le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique.*

A propos de la correspondance :

M. LEGOUEST. Dans la dernière séance consacrée à l'examen du fait rapporté par M. Azam, la Société a reçu, par une singulière et heureuse coïncidence, une brochure de M. le docteur Gherini (de Milan), membre correspondant étranger, intitulée : *De la cure chirurgicale des névralgies.* Ce travail nous ayant été remis en séance par M. Larrey, n'a pu être analysé immédiatement : je crois devoir vous en rendre compte aujourd'hui, en raison de l'intérêt d'actualité qu'il présente.

M. Gherini divise les névralgies en névralgies *anormales,* c'est-à-dire provenant de causes locales, et en névralgies *essentielles.* Les premières cèdent habituellement aux sections ou aux résections des nerfs; les secondes résistent généralement à ces opérations. A l'appui de cette opinion, l'auteur relate un certain nombre d'observations concluantes; les voici en résumé :

1° Névralgies de cause locale.

Ire. Névralgie sous-orbitaire due à l'impression du froid. — La section du nerf fait cesser immédiatement les douleurs. — Récidive un mois après l'opération. — Disparition graduelle et spontanée des douleurs dans l'espace d'un an.

IIe, IIIe, IVe et Ve. Névroses situées à la jambe. — Ablation de tumeurs suivie de guérison immédiate et définitive.

VIe. Amputation de la jambe pour cause traumatique. — Douleur développée dans le moignon depuis quatre mois et ayant son point de départ dans la cicatrice. — Destruction de la cicatrice par la potasse caustique. — Section sous-cutanée du nerf tibial antérieur. — Guérison.

VIIe. Névralgie de la plante des pieds, de la jambe et de la cuisse; contractions tétaniques des muscles de la face, deux ans après l'ablation d'un orteil. — Nouvelle opération emportant la cicatrice et la tête du métatarsien. — Guérison.

VIIIe. Névralgie avec exacerbations reparaissant toutes les deux ou trois minutes, siégeant dans l'œil, la lèvre et le nez du côté droit, consécutive à une plaie contuse du front. — Section du nerf sus-orbitaire. — Guérison.

IXe. Névralgie sus-orbitaire consécutive à une plaie de la région du sourcil, datant de deux ans. — La malade ne veut pas se soumettre à l'opération proposée par le chirurgien, avec la conviction de guérir la névralgie.

2° Névralgies essentielles.

Ire. Névralgie du nerf dentaire inférieur. — Cautérisation au fer rouge. — Guérison pendant un an. — Retour des accidents. — Résection du nerf. — Guérison partielle.

IIe. Névralgie temporo-frontale. — Section du nerf sus-orbitaire, — Soulagement momentané. — Récidive.

IIIe. Névralgie faciale gauche. — Section des nerfs sus et sous-orbitaires. — Soulagement pendant trois mois. — Récidive.

IVe. Carie de la phalange unguéale du gros orteil consécutive à une application de potasse caustique pour un ongle incarné. — Névralgie de l'articulation métatarso-phalangienne. — Désarticulation de l'orteil. — Névralgie du moignon. — Amputation du métatarsien. — Soulagement, puis retour des accidents sous la forme d'une névralgie fémoro-tibiale.

M. Gherini crut devoir se borner là dans la poursuite de la névralgie, ne voulant pas imiter Mayor, de Lausanne, qui amputa la cuisse pour une névralgie poplitée, fit une seconde amputation cinq pouces plus haut quelques mois après la première, réséqua un pouce et demi du nerf sciatique deux mois après, enfin désarticula la hanche pour arriver à la guérison. Tyrrel et Bransby Cooper, dans deux cas de névralgie brachiale, amputèrent l'avant-bras, puis le bras, et enfin firent la désarticulation scapulo-humérale. Marshall-Hall cite un cas où le pouce fut désarticulé pour une névralgie consécutive à la ligature de l'artère radiale; la main fut enlevée ensuite, puis le bras amputé et enfin désarticulé.

Ve. Névralgie dorsale de la main droite datant de quinze mois. — Amputation de l'avant-bras au tiers inférieur. — Névralgie du moignon. — Résection de 4 centimètres du nerf radial. — Soulagement momentané, puis récidive. — La malade meurt folle.

VIe. Névralgie de la plante du pied gauche datant de huit ans; douleurs s'irradiant jusqu'à la cuisse. — Cautérisation de la plante du pied avec le fer rouge. — Spasmes tétanoïdes de la plupart des muscles du corps. — Rétraction consécutive rendant la malade horriblement infirme et difforme.

VIIe. Douleur névralgique du bras consécutive à une piqûre de l'éminence hypothénar. — Dix mois d'invasion. — Abandonnée à elle-même par le chirurgien dans la crainte d'exagérer le mal ou de le voir récidiver.

Dans ces derniers cas, M. Gherini repousse toute intervention chirurgicale, et conseille de s'en tenir aux moyens externes ou internes généralement employés et à l'application de l'électricité. D'accord avec le plus grand nombre des chirurgiens, il reconnaît que ces moyens restent généralement sans succès, et que les névralgies dont il s'agit ne guérissent pas, mais s'usent, et disparaissent quelquefois spontanément après un temps plus ou moins long.

Plusieurs de ces observations sont analogues à celle dont nous a entretenus M. Azam. C'est pourquoi j'ai pensé que la Société en écouterait avec intérêt la rapide exposition.

— M. HOUEL, à propos du procès-verbal, lit la note suivante :

Dans la dernière séance, à l'occasion du fait de M. Azam, relatif à la névralgie du moignon chez les amputés, j'ai produit dans la discussion un cas de résection du nerf médian au bras dans une étendue de 2 à 3 centimètres, avec rétablissement de l'influx nerveux dans un bref délai. Ce fait, dû à M. le professeur Nélaton, qui avait bien voulu m'en rendre témoin, a été révoqué en doute par M. Verneuil, parce qu'il était contraire aux résultats connus de la physiologie expérimentale.

M. Verneuil crut à une erreur de ma part, et il me porta un défi de lui produire un seul fait de ce genre appuyé sur une observation authentique, détaillée, précise, en un mot sérieuse.

J'avais promis à la Société de faire tous mes efforts pour retrouver l'observation et la malade; je tiens aujourd'hui ma promesse, et je demande à la Société la permission de lire l'observation telle qu'elle a été recueillie par M. Horteloup; j'espère, si je ne puis convaincre M. Verneuil, que la Société verra que je ne lui en ai point imposé, et que quelquefois la pathologie peut être en désaccord avec la physiologie. Quant à la malade, je ne puis la présenter ici, mais je l'ai vue

hier, et j'offre de la faire voir à notre président et aux membres de la Société qui m'en témoigneraient le désir.

Voici l'observation :

Le 24 avril 1863, M. Nélaton enleva un névrome qui siégeait à la partie interne et supérieure du bras gauche. La malade était une jeune femme de vingt-quatre ans ; elle donne peu de renseignements sur les débuts de la maladie, mais dans les derniers temps, une pression même très-légère suffisait pour développer des crises nerveuses avec douleurs très-vives dans le médius, l'index et le pouce. L'opération fut pratiquée en présence de M. le docteur Royer, médecin de la malade, et de MM. le docteur Saurel et Horteloup, interne.

M. Nélaton fit saillir la tumeur en la pinçant entre deux doigts, sous la peau qu'il incisa dans une étendue de 5 à 6 centimètres ; la dissection fut faite très-minutieusement, et le tronc nerveux situé au-dessus et au-dessous du névrome fut mis exactement à nu. Ce temps de l'opération exécuté, M. Nélaton fit saisir avec une pince le tronc nerveux au-dessous de la tumeur, puis il sectionna entre la pince et le névrome. Avant de couper le nerf à sa partie supérieure, un fil d'argent fut passé dans le bout inférieur, afin de l'empêcher de fuir et de se cacher au fond de l'incision. Puis on détacha le névrome du bout supérieur en employant les mêmes précautions. Le fil passé dans le bout inférieur sortait par la surface de section du nerf ; M. Nélaton reprit ce fil et le fit passer dans le tronçon supérieur, en ayant soin de le faire pénétrer par la surface de section. Un second fil d'argent fut introduit de la même façon. De cette manière les deux extrémités nerveuses se trouvèrent réunies par deux anses métalliques que l'on put serrer jusqu'à ce que les deux surfaces de section fussent au contact. Ce temps de l'opération fut fait lentement et demanda de grandes précautions ; le contact obtenu, on le maintint en passant les anses de fil dans trois anneaux de Galli, dont on ne serra que le supérieur.

L'opération terminée, M. Nélaton voulut étudier les mouvements et la sensibilité des doigts. La malade fit plier facilement l'annulaire et l'auriculaire, mais elle ne put faire remuer l'index et le médius ; quant au pouce, les mouvements étaient nuls. En passant un ruban sur les dernières phalanges du pouce, de l'index et du médius, la malade dit ne ressentir aucune sensation : il y avait donc une paralysie complète du sentiment et du mouvement dans toutes les parties auxquelles se distribue le nerf médian.

L'opération avait été faite le mardi ; le samedi suivant, la malade se plaint d'avoir beaucoup souffert la veille dans le pouce, l'index et le médius. Voici ce que l'examen de la main fit reconnaître : flexion

très-facile des quatrième et cinquième doigts, flexion très-légère de l'index et du médius, mais impossibilité de faire opposer le pouce. En passant un morceau de papier sur les doigts, on remarque qu'il n'y a aucune sensibilité sur le trajet des nerfs collatéraux palmaires du pouce, de l'index et du médius.

Pour les collatéraux dorsaux, sensibilité nulle pour les deux dernières phalanges, et sensibilité conservée sur la première phalange ; à la partie externe du pouce, un peu plus de sensibilité.

On essaye d'enlever les fils ; mais les moindres mouvements qu'on leur imprime donnent lieu à des douleurs très-vives, et à une contraction de l'index et du médius. On est obligé de chloroformer la malade. Les fils furent coupés au-dessous des anneaux de Galli ; une des anses ne put être retirée ; un fragment se perdit dans la plaie.

La malade fut revue le mardi suivant, sept jours après l'opération. Elle avait cessé de souffrir depuis le dimanche ; elle put exécuter facilement et rapidement des mouvements de flexion des trois doigts auxquels se distribuent le nerf médian, et de plus faire opposer le pouce avec l'index et le médius.

L'examen microscopique de la pièce a été fait par M. Sappey, qui trouva sur une des faces de la tumeur une portion des fibres nerveuses du nerf tout à fait intactes et accolées contre la tumeur ; pour celle-ci, on y retrouvait des fibres nerveuses intactes et écartées, et d'autres complétement altérées.

J'ai cru devoir être bref. L'observation que je viens de communiquer m'a paru suffisamment répondre au défi scientifique qui m'avait été porté. Dans mon argumentation avec M. Verneuil, j'avais aussi fait allusion au fait remarquable de M. Laugier qui a été communiqué lundi dernier à l'Académie des sciences, et sur lequel je n'ai point à m'expliquer, puisqu'il n'a point été mis en cause.

M. VERNEUIL. Je n'ai jamais dit ni voulu dire que M. Houel en ait imposé à la Société, mais seulement qu'il s'était trompé dans l'interprétation du fait qu'il rapportait, et aujourd'hui même je trouve qu'il y a plusieurs objections à faire.

D'abord, d'après l'observation elle-même, toutes les fonctions du nerf médian n'etaient pas rétablies trois jours après l'opération, puisque la sensibilité, à ce moment, était encore abolie. Quant aux mouvements de flexion incomplète, rien ne spécifie nettement s'ils étaient produits par les muscles fléchisseurs ou par les interosseux.

M. HOUEL. Nous avons pu acquérir la conviction que les mouvements des doigts résultaient bien de l'action des fléchisseurs. Quant à l'opposition du pouce, elle était tellement forte et complète qu'elle s'effectuait même avec le petit doigt, et la pression exercée avec ces

deux doigts était assez forte pour causer de la douleur à la partie serrée par eux.

M. VERNEUIL. Quoi qu'il en soit de la valeur qu'on voudra accorder aux données de la physiologie expérimentale, le fait cité par M. Houel n'en reste pas moins unique en son genre. Peut-être l'observation ultérieure en fera-t-elle connaître d'autres semblables. J'étais donc autorisé à émettre l'opinion que j'ai formulée dans la dernière séance.

M. VELPEAU. Le fait de M. Laugier est confirmatif de celui rapporté par M. Houel. Voici, en effet, comment les choses se sont passées : Section du nerf médian à la partie inférieure de l'avant-bras ; paralysie du mouvement et de la sensibilité ; le lendemain, suture des deux bouts du nerf avec un fil de soie ; rétablissement de la sensibilité le jour même, de la motilité le lendemain. D'ailleurs, ces faits ne sont pas absolument isolés dans la science. M. Flourens a vu une ou deux fois, dans des conditions analogues, la sensibilité revenir promptement. MM. Vulpian et Philipeaux ont, il me semble, observé la même chose. Ils ont même fait davantage puisqu'ils ont affronté, après section, des nerfs de nature différente, et la sensibilité ainsi que le mouvement ont pu se rétablir dans les points où se distribuaient ces nerfs.

M. RICHARD. Je comprendrais qu'on pût se méprendre sur le retour plus ou moins complet de la sensibilité, mais il me paraît difficile de confondre la flexion due aux lombricaux et celle due aux fléchisseurs ; les premiers, en effet, fléchissent la phalange sur le carpe, tandis que les seconds fléchissent la phalangine et la phalangette sur la phalange.

M. HOUEL. J'ai omis de dire que la sensibilité tactile était très-émoussée, tandis que la sensibilité au froid était très-grande.

M. VERNEUIL. Je ne nie pas le rétablissement de la sensibilité et du mouvement ; ce qui me paraît singulier, c'est le retour des fonctions dans un délai aussi bref. Pour le malade de M. Laugier, si la résection a été pratiquée à la partie inférieure de l'avant-bras, on comprend qu'on ait pu voir le jour même les mouvements des doigts, puisque le nerf médian a déjà, en ce point, fourni les branches qui vont aux fléchisseurs. Je ne ferais pas cette objection si l'on avait interrogé isolément les muscles de l'éminence thénar, parce qu'alors je n'aurais plus de raison de supposer que l'opposition du pouce a pu être produite par le long fléchisseur. Quant au fait cité par M. Houel, je le répète, il ne suffit pas de dire que les doigts se fléchissaient, il faut dire *comment* ils se fléchissaient, pour savoir si la flexion était due aux muscles profonds ou aux fléchisseurs eux-mêmes.

M. VELPEAU. La réflexion de M. Verneuil, relativement au fait de M. Laugier, ne peut être acceptée, puisqu'il y a eu paralysie après la section, et que les fonctions ne se sont rétablies qu'après la suture.

M. VERNEUIL. Je suis obligé de le redire; une chose m'étonne, c'est la paralysie immédiatement après l'accident, puisque les branches animant les muscles fléchisseurs n'avaient pu être atteintes dans le point où fut faite la section.

M. RICHET. Puisque M. Azam a fait appel à ceux de ses confrères qui auraient vu des faits analogues au sien, je rapporterai brièvement l'histoire d'une malade que j'ai pu observer avec M. Nélaton et M. Michon.

Au mois de septembre 1863, une dame fut atteinte à la jambe droite d'un zona accompagné de douleurs intolérables dans tout le trajet du nerf sciatique. On employa successivement contre l'élément douleur le chloroforme, l'éther, les antispasmodiques, les injections sous-cutanées; tous ces moyens restèrent inefficaces. On se décida alors à pratiquer l'excision du nerf sciatique dans sa partie moyenne. L'opération fut faite par M. Nélaton de la manière suivante :

La partie moyenne du nerf étant mise à nu, on en excisa trois centimètres, puis on retourna les deux bouts dans la plaie. La paralysie du mouvement et de la sensibilité, prévue et annoncée à la malade, se produisit immédiatement; un soulagement momentané eut lieu; mais six semaines plus tard la douleur reparut de nouveau et devint de plus en plus vive.

Je me demandai un instant si le nerf crural n'était pas pris à son tour; mais le siége de la douleur me fit bientôt abandonner cette idée. Je pensai alors que peut-être il fallait rapporter aux filets du trisplanchnique qui accompagnent les vaisseaux, la douleur si violente ressentie par la malade. J'établis une compression dans l'aine; elle n'eut pas d'autre effet que la production de trois phlyctènes sur les orteils. La compression fut donc supprimée, et on en revint aux injections narcotiques sous-cutanées; mais cette nouvelle tentative resta aussi infructueuse que la première.

Je suis donc convaincu, comme M. Gherini, que l'excision des nerfs est un moyen inefficace dans ces sortes de névralgies.

M. VOILLEMIER. Je partage complétement l'opinion do M. Gherini et de M. Richet sur la valeur de l'excision des nerfs pour la cure des névralgies.

Il y a quelques années, je fus appelé auprès de la femme d'un de nos peintres les plus célèbres, pour un cas de névralgie du maxillaire inférieur; je refusai toute opération. L'excision fut faite quelque temps

après par M. Nélaton. La douleur revint bientôt, et la malade mourut avec sa névralgie.

M. RICHARD. Je comprends, à la rigueur, l'idée d'une opération pour les névralgies ordinaires et les névralgies du moignon; mais je m'étonne qu'on ait pu songer au même traitement dans le zona; car on sait par l'enseignement de nos maîtres les plus autorisés, que la névralgie, dans ce dernier cas, persiste pendant sept et huit mois.

COMMUNICATION.

Tumeurs lymphatiques.

M. TRÉLAT. J'ai été appelé dernièrement à observer un cas d'une affection rare, au moins dans notre pays. Ce sont des tumeurs constituées par la dilatation des vaisseaux et probablement aussi des ganglions lymphatiques; je pense que les membres de la Société verront avec intérêt le malade qui a bien voulu se prêter à cet examen.

C'est un jeune homme de vingt et un ans, robuste, bien musclé, aux chairs fermes. Il est né et a toujours habité à l'île Bourbon, qu'il a quittée il y a quelques mois pour venir en France réclamer des conseils et des soins. Jamais il n'a eu d'accident syphilitique d'aucune sorte; nulle trace de scrofule; en aucun point du corps, au cou, sous les aisselles, on ne trouve de ganglions saillants ou engorgés.

L'enfance a été très-facile; il n'y a eu que deux affections aiguës vers l'âge de cinq et sept ans, dont l'une paraît avoir été une fièvre typhoïde.

Vers l'âge de quinze ans, une petite grosseur se montre au-dessous du pli inguinal gauche. Peu de temps après, le malade, qui était alors au collége, ressentit une douleur assez vive en faisant de la gymnastique. Cette douleur était causée par l'apparition d'une hernie inguinale droite, sur laquelle on appliqua un bandage. Cependant, au-dessous de la pelote, on remarqua bientôt que la région était comme empâtée, manifestement plus volumineuse après la marche ou l'exercice. Bref, une tumeur semblable à celle du côté gauche existait à droite, indépendamment de la hernie.

Notre jeune homme ne portait alors aucune attention à une maladie qui n'était pas et qui n'a jamais été douloureuse; il ne peut nous dire d'une manière positive si les tumeurs ont acquis rapidement leur volume ou si l'accroissement a été lent et graduel. Il affirme néanmoins que depuis quatre ans leur état est à peu près stationnaire.

Actuellement on reconnaît de prime abord au côté droit une hernie inguinale scrotale. Cette hernie est habituellement contenue par un

bandage, mais elle s'échappe de temps à autre; car, malgré les modifications que j'ai fait faire au brayer, la tumeur sous-inguinale repousse la pelote en haut, et laisse quelquefois encore filer la hernie.

Indépendamment de la hernie, le triangle de Scarpa de chaque côté est occupé par une tumeur allongée de haut en bas. Celle de droite, qui a 12 centimètres de hauteur sur 7 centimètres de large, descend un peu plus bas que celle de gauche, qui a 13 centimètres sur 8, cette dernière remontant quelque peu en avant de l'arcade crurale et atteignant même par en haut l'orifice externe du canal inguinal.

La tumeur de droite est un peu plus saillante, plus régulière et plus molle. Celle de gauche présente quelques lobules du volume d'une amande environ; on peut en distinguer trois : ce sont des ganglions lymphatiques.

A part ces différences légères, tous les autres caractères sont communs aux deux côtés. La peau ne présente aucun changement de couleur propre; elle n'a pas non plus cette teinte bleuâtre qu'on observe dans les varices ou certaines tumeurs érectiles sous-cutanées. Sa surface est régulière, parfaitement normale, sans aucune trace de ces petites élevures qui ont été signalées dans les varices des réseaux lymphatiques superficiels, varices qui peuvent coïncider avec des dilatations des troncs lymphatiques. On a justement comparé la peau dans ces cas à l'écorce d'orange; ici, rien de semblable. Aucune plaie, aucune altération de quelque nature qu'elle soit ne peut être constatée dans toute l'étendue des deux membres inférieurs.

La peau est mobile à la surface des tumeurs, dont elle peut être isolée par pincement dans tous les points. Les tumeurs elles-mêmes ont une assez grande mobilité sur les parties profondes; il est facile de s'assurer qu'elles sont situées en avant des muscles et n'ont avec eux que des rapports de voisinage. Elles sont molles, faciles à malaxer dans tous les sens et donnent à un degré extrême ce sentiment de fausse fluctuation si caractéristique dans le lipome. Quand on applique la main à leur surface et qu'on les presse régulièrement, on ne parvient à diminuer que très-peu leur volume, mais, en revanche, le décubitus dorsal prolongé les fait presque complétement disparaître, et on ne sent plus alors sous la peau qu'une sorte de sac irrégulier parcouru par de nombreux trabécules et offrant quelques reliefs mamelonnés. Ces tumeurs sont donc réductibles, mais leur réduction s'opère avec lenteur; elles doivent contenir un liquide assez épais et qui reflue par des voies relativement étroites.

Le diagnostic de ces tumeurs présente des difficultés. Au premier

abord, on serait tenté de les prendre pour des lipomes ou des tumeurs érectiles veineuses. Mais la couleur de la peau, la réductibilité très-lente, l'absence d'augmentation de volume sous l'influence de l'effort plaident contre l'hypothèse de tumeurs érectiles. Une autre raison décisive empêche de croire à des lipomes, c'est la réductibilité. Or le lipome est une tumeur essentiellement fixe ; on peut la comprimer mais non la réduire, quelque moyen qu'on emploie. Il convient d'ajouter que si parfois on observe des lipomes symétriques, il est bien rare qu'il n'y en ait pas en même temps quelques autres situés irrégulièrement. C'est là cependant une raison accessoire en présence de la réductibilité.

Faut-il ajouter que la bonne santé, la vigoureuse constitution du sujet, les six années écoulées depuis l'apparition des tumeurs, démontrent qu'on ne saurait songer à une affection maligne, hypothèse qui du reste n'a été adoptée par aucun des médecins consultés ?

C'est en tenant compte des caractères négatifs et positifs de ces tumeurs, et, d'autre part, de l'âge de notre malade et de son origine, que j'étais arrivé à établir le diagnostic : tumeurs formées par la dilatation des vaisseaux lymphatiques ganglionnaires et inter-ganglionnaires. Ce diagnostic a été confirmé par un de nos maîtres, M. Nélaton, dont personne ne contestera la compétence en pareille matière.

Une circonstance avait attiré mon attention lors de mon premier interrogatoire. Depuis quatre mois environ , M. X... se plaignait de vertiges revenant tous les trois ou quatre jours, et s'accompagnant de paresse stomacale ; ils nécessitaient la situation couchée, et cessaient bientôt par ce simple traitement. Ces phénomènes m'avaient remis en mémoire que la malade de MM. Desjardins et Gubler (présentée en 1854 à la Société de biologie , laquelle avait en même temps des fistules lymphatiques) éprouvait du malaise, des nausées, des vertiges quand elle avait perdu une notable quantité de lymphe ; que le malade d'Amussat (dont l'histoire est consignée dans la thèse de Breschet sur le système lymphatique) fut pris, après des courses fatigantes, d'accidents graves qui se terminèrent par la mort. Aussi n'étais-je pas sans quelque inquiétude sur la valeur de ces symptômes. Je me suis rassuré cependant en constatant que M. X... était dans ces derniers temps fort préoccupé de sa maladie, que cette préoccupation seule pouvait troubler les fonctions digestives et déterminer consécutivement des vertiges, et surtout en apprenant que ces vertiges, devenus très-rares dès l'annonce du départ, ne s'étaient produits qu'une fois en mer et n'avaient pas reparu depuis l'arrivée en France. Depuis ce moment, au contraire, les digestions sont

très-régulières, et l'exercice est plus facilement supporté qu'à l'île Bourbon.

Je ne puis omettre de faire remarquer que ce fait vient confirmer une opinion déjà indiquée, à savoir, que les varices lymphatiques sembleraient particulièrement fréquentes dans les colonies et les pays chauds. Le malade d'Amussat était de l'île Bourbon, celle de MM. Desjardins et Gubler habitait depuis longtemps l'île Maurice. Sur quatre malades observés par M. Nélaton, deux étaient originaires du Brésil ou des colonies. Le docteur Saint-Perne, un de mes anciens élèves, qui exerce avec distinction la médecine à l'île Bourbon, a vu un jeune homme guéri sans autre traitement qu'un séjour de plusieurs mois en France. M. Petit, qui a été longtemps chirurgien en chef de la marine aussi à l'île Bourbon, me disait avoir vu plusieurs fois des tumeurs lymphatiques chez des habitants de ce pays. Tout cela, ainsi que la rareté des observations recueillies en France, prouve bien en faveur des conditions étiologiques de pays et de climat. Il faut tenir compte aussi de l'âge; la plupart de ces malades étaient jeunes : dix-sept, dix-neuf, vingt et un, vingt-trois ans; une seule fois, trente-neuf ans.

Je n'ai jamais eu la pensée de conseiller ou d'entreprendre l'ablation de ces tumeurs, et j'ai été très-heureux de voir cette opinion appuyée par l'expérience de M. Nélaton.

Il y a quelques années, tourmenté par un jeune homme atteint de cette même affection, il se décida à enlever l'une des tumeurs. Le diagnostic étant incertain, une incision fut pratiquée sur la masse morbide après que la peau eut été écartée. Aussitôt s'écoula une quantité considérable de liquide un peu épais, exactement semblable à du lait; il ne restait plus que quelques lambeaux irréguliers, quelques filaments moniliformes qui furent extraits. Des accidents graves ne tardèrent pas à survenir, des frissons, des phénomènes de résorption purulente, et le malade, quoique jeune et robuste, succomba. La tumeur de l'autre côté, qui n'avait pas été touchée, a pu être recueillie en partie. Elle a été injectée au mercure par M. Sappey et est déposée au musée Dupuytren sous le nº 268. Elle est formée par un réseau serré de vaisseaux lymphatiques variqueux. Comme dans le cas d'Amussat et de Breschet, les ganglions ont pour ainsi dire disparu, envahis par la dilatation des vaisseaux et participant eux-mêmes à cette dilatation.

Ces courtes notions d'anatomie pathologique, et, d'autre part, l'issue rapidement funeste de la seule tentative qui à ma connaissance ait été pratiquée jusqu'ici, conseillent de s'abstenir d'une opération radicale.

Nous nous sommes bornés, quant à présent, à un traitement tonique et à la compression. Celle-ci est effectuée par un caleçon de M. Bourjeaurd, modifié à plusieurs reprises en raison des difficultés qu'on éprouve à presser méthodiquement dans le creux inguinal ; il a fallu placer là des pelotes comblant la cavité sans préjudice du bandage herniaire, qui reste nécessaire.

J'éprouve cependant le besoin d'interroger l'opinion de mes collègues sur une forme particulière d'intervention chirurgicale.

Chez plusieurs malades, les varices des vaisseaux coïncidaient avec des varices des réseaux superficiels et des fistules lymphatiques. Ces fistules donnaient lieu à un écoulement variable qui permettait l'évacuation des tumeurs. Or, ces malades, parmi lesquels je citerai ceux de MM. Desjardins et Gubler d'une part, et Demarquay de l'autre, ont obtenu une guérison définitive. Je me suis donc demandé, sans être toutefois trop porté à cette entreprise, s'il ne serait pas possible de créer ici une voie d'évacuation artificielle, de vider les tumeurs par une fistule temporaire ou permanente, sauf ensuite à confier à la compression de ramener les vaisseaux dilatés à un volume normal.

En outre donc de l'intérêt tout spécial que présente ce cas de chirurgie au point de vue pathologique, on voit qu'il soulève certaines questions de thérapeutique dont la solution est délicate et où l'avis de mes collègues me sera d'un précieux secours.

M. VERNEUIL. Je n'ai pas une grande expérience relative aux faits du genre de celui que vient de nous communiquer M. Trélat. Cependant, comme j'ai vu un autre cas semblable et que j'ai examiné avec soin le jeune homme présenté par notre collègue, je dirai deux mots sur l'impression qui est résultée de cet examen. Je partage complétement l'avis de M. Trélat sur le diagnostic ; il s'agit évidemment là de deux tumeurs développées dans les réseaux lymphatiques, mais j'ajouterai que le réseau superficiel n'est pas seul pris ; il me semble que les vaisseaux lymphatiques profonds sont énormément développés et qu'il existe de larges communications entre eux et les lymphatiques superficiels. Je me demande même si le point de départ de la maladie n'a pas été dans les lymphatiques profonds, intra-abdominaux. Pour ce motif, je ne voudrais, en aucune façon, toucher aux tumeurs du jeune malade qui nous est présenté.

Quant au malade de Breschet, il me paraît avoir succombé plutôt à une infection purulente qu'à une pleurésie.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je ne dirai qu'un mot à propos du diagnostic. Dans le lipome, ce qu'on trouve difficilement ce sont les interstices, ici ce sont les lobules.

J'ajouterai que je ne suis pas de l'avis de M. Trélat sur ce qu'il a

dit de la *fausse fluctuation* des lipomes. Je crois, en effet, que dans certains lipomes, il y a une *vraie fluctuation*, en tout semblable à celle produite par un liquide contenu dans une poche.

M. GUYON. J'ai fait deux examens comparatifs du malade de M. Trélat, l'un au commencement, l'autre à la fin de la séance, et les résultats différents fournis par ces deux examens confirment, suivant moi, complétement le diagnostic posé par notre collègue. En effet, sous l'influence du décubitus dorsal gardé entre les deux examens, j'ai pu constater de la manière la plus évidente un fait très-important au point de vue du diagnostic, à savoir, la diminution très-notable et le ramollissement des deux tumeurs.

M. TRÉLAT. On pourrait croire que ces tumeurs offrent de l'analogie avec l'hypertrophie ganglionnaire ; mais il n'en est rien, précisément à cause des raisons sur lesquelles vient d'insister M. Guyon.

Quant à l'opinion de M. Morel-Lavallée sur la fluctuation de certains lipomes, elle ne peut être mise en doute ; mais ce n'est pas moins ce qu'on doit appeler de la *fluctuation fausse, simulée.*

Pour ce qui a trait à ce que pense M. Verneuil sur la large et facile communication entre les réseaux lymphatiques profonds et superficiels, je ne suis pas disposé à y croire dans l'espèce ; car, s'il est vrai que chez notre malade les tumeurs se désemplissent en grande partie par le décubitus dorsal, il faut ajouter que cela se fait lentement et que la pression ne change pas beaucoup leur volume d'une façon immédiate ; or, il devrait en être autrement si les communications n'étaient pas étroites.

M. LARREY. Je me range complétement à l'avis de M. Trélat. Si on devait admettre là l'existence des lipomes, on en trouverait presque certainement ailleurs. Il me semble qu'Allard, dans son travail sur l'éléphantiasis des Arabes, fait allusion à des cas analogues à celui de M. Trélat ; j'engagerai donc notre collègue à consulter ce travail, ainsi que l'excellente Monographie de Salmade.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je crois, contrairement à ce que vient de dire notre honorable collègue M. Larrey, qu'il se présente assez souvent des lipomes symétriques, sans qu'on en puisse découvrir d'autres sur le reste du corps. Pour ma part, j'ai observé un cas de ce genre aux jarrets, et, dans cette circonstance, j'ai dû avoir recours à une ponction exploratrice pour me tirer de l'embarras où me mettait l'existence d'une fluctuation manifeste.

M. LARREY. Je crains que M. Morel-Lavallée ne généralise un peu trop le fait particulier qu'il vient de nous communiquer. Je n'ai pas souvenance que la symétrie dans le lipome soit la règle ni même une chose fréquente.

Il ne faudrait pas confondre avec le lipome les kystes dont la région poplitée est souvent le siége.

M. MOREL-LAVALLEE. Je ne dis pas que la confusion ne soit pas possible, mais une ponction exploratrice lève tous les doutes.

M. LARREY. Je n'ajouterai qu'un mot. Jo désirerais beaucoup qu'on pût rechercher les cas de lipomes que contiennent les archives de la science, et on verrait qu'on général il n'y en a guèro qui aient présenté la symétrie en question.

M. TRELAT. Je remercie M. Larrey et mes autres collègues do l'appui de leur autorité, et je terminerai en leur demandant si l'un d'eux serait disposé, dans l'espèce, à tenter une opération. Chacun répond par la négative.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

L'un des secrétaires, H. BLOT.

Séance du 29 juin 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A propos du procès-verbal :

M. MARJOLIN. J'ai rappelé dans la dernière séance le fait communiqué autrefois par M. Michon; voici la lettre que sur ma demande il m'a écrite à ce sujet :

« Mon cher ami,

» J'ai opéré; il y a au moins vingt-cinq ans, en présence de votre père et de M. Jadioux, Mme X...; elle avait une de ces tumeurs dites névromes, à la partie supérieure du nerf sciatique, à sa sortie de l'échancrure. Cette tumeur s'était accrue progressivement et assez rapidement, elle était fort douloureuse. Son ablation fut jugée nécessaire par M. Marjolin et par M. Jadioux. La tumeur avait le volume d'un œuf de poule; les filets nerveux, examen fait après l'opération, n'auraient pu être séparés de la tumeur. L'opération présenta les circonstances principales que voici :

» L'extrémité supérieure du névrome était si près de l'échancrure sciatique, que je jugeai convenable, avant de faire la section du nerf, d'étreindre par une ligature forte et très-vigoureusement serrée l'extrémité supérieuro du nerf; bien m'en prit, car la tumeur fut à peine

séparée que le tronçon du nerf rentra dans le bassin, entraînant avec lui une partie de la ligature. J'eus le tort de ne pas prendre la même précaution pour le bout inférieur, croyant m'être suffisamment mis à l'abri contre l'hémorrhagie qui pouvait être fournie par l'artère centrale du nerf sciatique, très-volumineuse en cet endroit. Je fis la section du bout inférieur et j'enlevai la tumeur, le cordon nerveux se retira dans la gaîne qui l'enveloppe; dans la journée même, il se fit dans cette gaîne une hémorrhagie avec épanchement sanguin le long de la cuisse et dans les principales divisions de la jambe. Cet épanchement fut considérable, mais l'hémorrhagie s'arrêta. Cet épanchement fut en partie résorbé et en partie éliminé par de la suppuration phlegmoneuse à la jambe; à part cet incident, les choses se passèrent heureusement et la guérison s'opéra.

» Mme X... marcha d'abord avec une béquille; mais après quelques mois elle put marcher sans appui, aller beaucoup dans le monde et au bal, où elle dansa les danses à la mode à cette époque. Elle a été radicalement guérie, c'est-à-dire que jamais, pendant près de vingt ans que je l'ai observée, aucune espèce de récidive ne s'est manifestée, et elle a pu vaquer à tous les exercices. Elle était veuve à l'époque de l'opération, elle s'est remariée depuis et a succombé il y a cinq ans environ à une hémorrhagie cérébrale foudroyante.

» La cuisse avait conservé son volume, les muscles de la jambe se sont singulièremnt émaciés; cette atrophie a surtout été sensible pendant les premières années; le pied, dans le principe surtout, était resté un peu pendant.

» Le premier hiver, Mme X... s'est fait des eschares par brulûre aux orteils en se chauffant sans avoir conscience de la chaleur; soit par habitude, soit par précaution, cet accident ne s'est plus présenté dans la suite. Les muscles de la jambe et même ceux du pied ont ultérieurement repris un peu d'accroissement, sans jamais atteindre le volume ni l'énergie de ceux du côté opposé.

» Vous me demandez si les douleurs ont cessé, je pense que vous faites allusion à des résections de nerfs faites pour des douleurs névralgiques incoercibles; ce n'était pas le cas ici, il s'agissait d'enlever une tumeur organique dont l'ablation a fait cesser l'action sur les parties inférieures du nerf. J'ai vu dans le courant de l'année dernière la résection du même nerf sciatique faite beaucoup plus bas pour des douleurs atroces que rien n'avait pu modifier. Cette résection n'a été suivie, au moins pendant les premiers mois, d'aucune espèce de soulagement contre le phénomène de la douleur; le pied avait pris la même attitude que chez Mme X... Je n'ai plus eu de nouvelles de cette malade. »

A propos des causes qu'on a assignées à ces névralgies du moignon, M. Marjolin insiste pour faire observer qu'elles sont loin d'être encore démontrées d'une façon péremptoire. En effet, dit-il, la *réunion immédiate,* qu'on a invoquée comme une de ces causes, est excessivement rare. A la suite des grandes plaies d'amputation, il ne se souvient pas d'en avoir vu plus de deux cas bien complets.

Quant à la ligature accidentelle ou volontaire des nerfs, elle ne produit pas à beaucoup près toujours ce résultat. Le fait de M. Michon en est une preuve, puisque sa malade n'a éprouvé aucune névralgie à la suite de la ligature d'un tronc nerveux important.

En terminant, M. Marjolin se demande s'il n'y aurait pas, dans ces cas de névralgie du moignon, une sorte de kéloïde développée à l'extrémité du nerf coupé.

M. VERNEUIL. J'ai été voir le malade de M. Laugier, qui m'a mis à même de l'étudier avec soin ; et pour ma part je dois dire que ce fait, ainsi que celui de M. Nélaton, restent encore inexpliqués. De ce qu'on a vu les fonctions de certains nerfs coupés se rétablir après qu'on avait pratiqué la suture, on a conclu que ce rétablissement des fonctions était dû à la suture. Mais tout le monde sait ce qui se passe dans les bouts des nerfs réséqués ou coupés. Il se fait là un travail d'atrophie suivi bientôt d'un travail de régénération de la périphérie au centre ; or, jusqu'à présent, rien ne prouve que l'action de suturer ces bouts de nerfs ait la faculté de supprimer ce double travail d'atrophie et d'hypertrophie. Il y a de plus à savoir comment les fibres élémentaires motrices se réunissent aux fibres motrices, les fibres sensibles aux fibres sensibles.

Quoi qu'il en soit, au point de vue purement chirurgical, cela n'ôte aucun intérêt au fait lui-même. Il ne faudrait cependant pas oublier absolument les dangers que peut faire courir la piqûre des nerfs. Mais si nous abordons le côté physiologique du sujet, nous voyons que c'est une question de savoir si, parce qu'on voit les fonctions d'un nerf coupé se rétablir après qu'on a suturé les deux bouts, il faut admettre que le retour des fonctions est dû à la suture. Je ne pense pas qu'on puisse affirmer qu'il en est ainsi, car les mêmes choses peuvent s'observer, alors qu'il n'y a eu ni affrontement ni soudure.

Voici des faits qui le prouvent :

« En 1838, M. Lenoir fait voir à la Société anatomique une tumeur » du volume d'un œuf de pigeon développée dans l'aisselle, dans » l'épaisseur du nerf médian. Cette tumeur a été extirpée et avec elle » une portion du nerf, sans qu'il soit survenu aucun changement dans » la sensibilité et la motilité du bras ni de la main. » (*Bulletins de la Société anatomique,* 1838, p. 134).

Trois ans auparavant, en 1835, dans un mémoire publié dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (2e année, 1834-1835, p. 145), M. Horteloup a publié deux faits analogues qui furent observés par Dupuytren ; en voici le résumé :

Obs. Ire. — Tumeur du volume d'un pois sur le nerf cubital, audessus de l'articulation huméro-cubitale gauche. Douleur très-vive avec fourmillement, engourdissement et paralysie momentanée des deux derniers doigts sous l'influence de la moindre pression. — Résolutifs, compression, sangsues, applications narcotiques : insuccès.

Quatre ans plus tard, augmentation des douleurs ; atrophie du membre ; résection de deux pouces du nerf cubital. Immédiatement après l'opération, la malade remue ses deux doigts comme auparavant et sent les objets qu'on lui présente. Guérison complète dix-huit jours après l'opération. (Dupuytren).

Obs. II. — Enlèvement de deux pouces du nerf tibial postérieur pour une tumeur squirrheuse développée au milieu de ses fibres. — Paralysie de la partie inférieure de la jambe, du bord externe du pied et des deux derniers orteils avec atrophie de ces parties pendant plus de dix-huit mois. Mais peu à peu la sensibilité revient, gagne de proche en proche, et deux ans après l'opération le membre a repris sa force et jouit de toute sa sensibilité. (Dupuytren.)

Si après l'ablation de ces tumeurs on avait eu recours à la suture, on n'aurait pas manqué d'attribuer le retour des fonctions à l'opération, et cependant rien n'eût été moins autorisé.

Notre correspondant M. Victor von Bruns a rapporté aussi des faits du même genre. Je demande la permission de les analyser brièvement.

Obs. I. — Fille de vingt-quatre ans. Cystosarcome de la mâchoire inférieure. Résection de toute la moitié droite et d'une portion de la moitié gauche du maxillaire jusqu'à la quatrième molaire. L'incision commençait au niveau de l'articulation temporo-maxillaire droite et suivait le bord de l'os jusqu'au voisinage de l'angle gauche. Dissection du lambeau, qui est détaché et relevé en haut. Le nerf dentaire droit, après la désarticulation, pend librement dans la plaie ; on le coupe près de la base du crâne. Suture entortillée du lambeau.

Immédiatement après l'opération, pratiquée le 26 juin et jusqu'au 29, la lèvre inférieure ne présente aucune trace de sensibilité. Les piqûres d'épingle, les frottements, les irritations, ne sont perçus ni par la peau ni par la muqueuse.

Le 30 juin, les mêmes essais révèlent un léger retour de la sensibilité. La malade, les yeux fermés, indique avec précision le mo-

ment, mais non le point où l'épingle la touche. Le contact d'un verre dans l'action de boire est perçu, quoique très-faiblement.

Du 1er au 4 juillet, les choses restent à peu près dans le même état.

Le 5 juillet, amélioration. La sensibilité revient à divers degrés et en différents points de la lèvre, surtout vers sa partie supérieure. Nouveaux progrès les jours suivants; les plus légers contacts avec l'épingle sont perçus rapidement et distinctement dans tous les points de la lèvre.

Le 9, on fait l'exploration de Weber, et l'on constate que pour avoir la double sensation de piqûre il faut écarter de 7 à 8 millimètres les branches du compas, tandis que pour le même point de la lèvre supérieure il suffit d'un écartement de 3 millimètres.

Le 12 juillet, il ne faut plus ouvrir le compas qu'à 6 millimètres.

A la fin de ce mois, la sensibilité était redevenue à très-peu près normale.

Obs. II. — Femme de trente-sept ans. — Cancer épithélial de la moitié droite de la mâchoire. — Incision médiane de la lèvre. — Deuxième incision allant du menton au tragus. — Lambeau détaché et relevé. — Section de l'os au niveau de la deuxième incisive droite. — Le nerf alvéolaire est coupé au niveau de l'articulation temporo-maxillaire. — Réunion par première intention très-rapide.

Six heures après l'opération, pratiquée le 18 décembre, la sensibilité est explorée sur la moitié droite de la lèvre inférieure. Le sentiment est à peine altéré; les contacts très-légers ne sont pas perçus, mais les attouchements un peu forts sont immédiatement sentis. Un écartement de 5 millimètres du compas donne deux sensations (avant l'opération, 4 millimètres suffisaient). La sensibilité à la température, examinée avec de petits fragments de glace et un stylet chauffé, est conservée.

Les jours suivants, la sensibilité décroît d'une manière continue, de sorte que le 30 décembre tout a disparu; ni contacts, ni irritations, ni changements de température ne sont perçus. Cette paralysie dura jusqu'au milieu de février, où les explorations, sans cesse continuées, révélèrent un léger retour des sensations. Les progrès furent très-lents, et au 1er mai la sensibilité n'était pas récupérée complétement dans tous les points de la lèvre.

Obs. III. — Paysan vigoureux, vingt-neuf ans. — Ablation de la portion horizontale du maxillaire, depuis la quatrième molaire gauche jusqu'à la deuxième molaire droite. — Incision horizontale longeant le bord maxillaire depuis le passage de l'artère faciale à droite jus-

qu'à l'angle de la mâchoire à gauche. — Section des deux nerfs mentonniers, et perte de substance des deux nerfs dentaires dans une étendue correspondant à la résection de la pièce osseuse.

Opération le 5 février. Trois heures après, exploration : conservation complète de la sensibilité tactile et de la sensibilité à la température. Le lendemain, diminution sensible, surtout vers le menton, qui continue les jours suivants, jusqu'à la paralysie presque complète mais fort passagère, car, le 11 février, on constatait déjà d'une manière évidente le retour de la sensibilité ; la plupart des contacts étaient distinctement perçus au bord libre de la lèvre. Les jours suivants, les sensations de contact et de température étaient rétablies presque en entier en ce point. Elles tardèrent beaucoup plus à se rétablir vers le menton ; mais le 26 mars, il n'y paraissait presque plus.

Obs. IV. — Résection de plus d'un pouce du nerf sous-orbitaire dans l'ablation d'un maxillaire supérieur sur un paysan de cinquante-six ans.

Opération le 16 novembre. Quelques heures après, diminution notable de la sensibilité de la joue, de la lèvre supérieure et de la paupière inférieure droites ; paralysie presque complète les jours suivants.

Le 24 novembre, traces du retour des impressions sensitives à la lèvre et à la joue ; rien encore à la paupière. Le progrès continuait progressivement, lorsque le malade succomba le 29 novembre à une pneumonie.

Je n'ai donné qu'une analyse succincte de ces remarquables observations, rassemblées avec un soin extrême par le docteur Gotzbeck, sous les yeux du professeur Victor von Bruns. Elles renferment des détails précieux sur le retour progressif des impressions sensitives, et sur la manière dont on a constaté ce retour en s'aidant des procédés les plus délicats de la physiologie expérimentale. Cette analyse ne saurait donc remplacer, pour ceux qui voudraient répéter l'expérience, la lecture de l'original, qu'on trouve à la page 845 du deuxième volume du *Handbuch des praktischen chirurgie*, Tubingen, 1859, par V. von Bruns.

J'ai cité tous ces faits pour arriver à cette conclusion, que dans tous ces cas de section ou d'excision de filets nerveux importants suivies du rétablissement plus ou moins rapide des mouvements et de la sensibilité, nous ne savons pas ce qui se passe dans les parties lésées, nous ignorons complétement aujourd'hui comment et par quel mécanisme se rétablit l'influx nerveux. En pareil cas, il me paraît donc plus sage, et surtout plus logique, d'avouer franchement notre ignorance, que de se livrer à des hypothèses que rien ne démontre. L'af-

frontement de deux bouts nerveux peut être suivi du rétablissement des fonctions; mais comme on peut observer les mêmes phénomènes alors qu'il n'y a pas eu d'affrontement, je suis obligé de répéter que nous ne sommes pas en droit d'affirmer que c'est à l'affrontement qu'est dû le retour des fonctions.

COMMUNICATIONS.

M. FOLLIN rappelle l'histoire du jeune malade présenté par M. Verneuil à la Société de chirurgie dans une des précédentes séances, pour une énorme tumeur de la partie latérale droite du cou. Cette tumeur, résultant d'une récidive après une première opération, avait été regardée par la plupart des membres de la Société comme à peu près inopérable. M. Follin, d'un avis opposé, a enlevé cette tumeur sans trop de difficulté. Il la met sous les yeux de la Société en promettant de donner ultérieurement tous les détails relatifs à ce fait important. Aujourd'hui, cinquième jour de l'opération, le malade va bien.

L'examen microscopique a démontré une *altération fibro-plastique des ganglions.*

Polype naso-pharyngien s'étendant au pharynx, à la narine gauche, ainsi qu'au maxillaire et à la fosse zygomatique. — Ablation du maxillaire supérieur. — Extirpation du polype. Guérison prompte; par M. FLEURY (de Clermont).

M. LEGOUEST donne lecture de cette observation.

D... (Annet), âgé de dix-neuf ans, habite le village de Culhat, où il exerce la profession de cultivateur. Ce jeune homme est vigoureux et doué d'une bonne constitution.

Il avait toujours joui d'une excellente santé, lorsqu'il ressentit pour la première fois, il y a quinze mois, des fourmillements à la joue gauche. Déjà il avait remarqué que le passage de l'air n'était pas bien libre dans la narine correspondante, peu à peu elle s'oblitéra; les fourmillements devinrent plus forts, et au bout de huit mois il s'aperçut que la joue augmentait de volume.

Plus tard, il se manifesta une petite tumeur à la partie latérale et postérieure de la voûte palatine correspondante; à dater de ce moment il éprouva quelques douleurs de tête; faibles d'abord, elles devinrent bientôt assez fortes pour le décider à entrer à l'hôpital; il y fut reçu le 12 août 1863 et placé dans une des salles de chirurgie.

On pouvait aussi à cette époque constater l'existence d'une tumeur au niveau de la fosse canine du côté gauche; elle était lisse, sans changement de couleur à la peau, dure au toucher, et paraissait for-

mée par le refoulement excentrique de la paroi antérieure du sinus maxillaire.

Si l'on exerçait une légère pression sur ces tumeurs, le tissu osseux cédait sous la pression. Le doigt, introduit au fond de la bouche et glissé derrière le voile du palais, sentait, au niveau de l'ouverture postérieure de la narine gauche, une tumeur molle et charnue, qui avait le volume d'une petite noix.

Le malade se plaignait de céphalalgie, de fourmillements et d'une légère insensibilité à la joue gauche. La fosse nasale de ce côté était complétement oblitérée. Quelques épistaxis avaient eu lieu; elles étaient, il est vrai, peu abondantes, mais se renouvelaient fréquemment.

Le chirurgien dans le service duquel il était placé diagnostiqua un polype naso-pharyngien. Une ponction fut pratiquée sur la petite saillie qui existait à la voûte palatine; l'instrument pénétra dans le sinus maxillaire, et en même temps du sang jaillit à l'extérieur. L'écoulement fut assez abondant pour faire craindre une hémorrhagie, mais il s'arrêta seul.

Le malade, à qui on parla d'une opération, quitta l'hôpital.

De retour dans son village, il fit quelques remèdes insignifiants, mais son état devint chaque jour plus sérieux. Les saignements de nez, qui jusque-là avaient été peu considérables, furent plus abondants et ne tardèrent pas à l'affaiblir; son état devenait de plus en plus grave.

En même temps la joue grossissait, les douleurs de tête augmentaient; bientôt il ressentit de la gêne et une sensation de compression à l'œil gauche, qui devint larmoyant.

Comme tous ces accidents allaient en augmentant, il se décida de nouveau à entrer à l'Hôtel-Dieu, où il fut reçu le 17 janvier et placé dans mon service.

A la visite du 18, on constate l'existence de tous les symptômes ci-dessus énumérés.

La joue a le volume d'une grosse pomme; la peau qui la recouvre est lisse, tendue, et plus rouge que celle du côté opposé. En glissant le doigt sous la lèvre, on sent au-dessous de l'arcade alvéolaire une dépression de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, et l'on refoule dans l'intérieur du sinus la muqueuse de la bouche; le tissu de l'os est détruit dans cette partie.

La voûte palatine offre en arrière et à gauche une dépression analogue, mais un peu moins étendue; l'œil gauche paraît un peu plus petit que celui du côté opposé, ce qui tient au gonflement de la paupière inférieure.

La narine correspondante est complétement oblitérée. Le malade

se plaint d'une douleur de tête assez vive et d'une sensation de gêne et de pesanteur dans la joue du même côté.

L'état général est encore satisfaisant; toutes les fonctions de l'économie s'exécutent d'une manière normale : le malade peut encore manger la demie.

Le 21 janvier, je pratique une ponction à la tumeur qui existe à la voûte palatine ; j'excise ensuite la muqueuse qui recouvre la perte de substance de la fosse canine, afin de pouvoir explorer l'intérieur du sinus maxillaire. Du sang artériel s'échappe à l'instant même ; l'écoulement est tellement abondant que je ne puis m'en rendre maître que par un tamponnement énergique.

Le lendemain le gonflement est considérable, la joue s'est tuméfiée; il est survenu une rougeur érysipélateuse qui s'étend à la paupière ; la lèvre est aussi gonflée. Le malade a de la fièvre, perd l'appétit ; il accuse des douleurs vives dans toute la tête. — Diète, gargarismes adoucissants, cataplasmes émollients laudanisés.

Cet état persiste pendant quelques jours. Les tampons de charpie se détachent et sont remplacés par une production grisâtre semblable à de l'étoupe, qui s'engage à travers les ouvertures du sinus maxillaire et qui saigne pour peu qu'on la touche ; ce sont, à n'en pas douter, des portions de polypes.

Le 27, un écoulement de sang assez abondant se fait par la narine ; il cède assez facilement à l'introduction d'un petit bourdonnet de charpie; la joue a perdu de son volume; la fièvre a cédé ; l'appétit reparaît ; je profite de cette amélioration pour proposer de nouveau une opération qui est refusée pour la seconde fois.

Quelques jours se passent encore ; les ouvertures du sinus maxillaire s'ulcèrent et s'agrandissent ; l'haleine devient fétide ; les douleurs de tête acquièrent un degré d'intensité qu'elles n'avaient pas eu jusque-là. D... se décide alors, préférant la mort à tous les maux dont il est accablé, et dès l'instant où son parti est pris, il se montre plein de courage et de résignation.

L'opération est pratiquée le 3 janvier.

Ce n'était pas, je l'avoue, sans une certaine préoccupation que je l'entreprenais. Il fallait que je fusse bien convaincu que la mort était prochaine et inévitable, pour me décider à prendre ce parti. J'avais toujours présent à la mémoire le fait de M. Michaux (de Louvain), qui n'avait pu sauver un malade prêt à succomber à une hémorrhagie qu'en lui transfusant le sang d'un infirmier.

Les conditions dans lesquelles je me trouvais me paraissaient identiques, et si une simple piqûre pratiquée à la tumeur à travers une perforation du sinus maxillaire avait provoqué une hémorrhagie qui

n'avait cédé qu'à un tamponnement énergique, que devait être l'ablation de la tumeur en totalité?

Il va sans dire que toutes les précautions avaient été prises pour parer aux accidents éventuels : éther, ammoniaque, eau froide, glace, perchlorure de fer, matelas pour coucher l'opéré; en cas de syncope, cautères rougis au feu. Chose assez remarquable, rien de tout cela n'a été nécessaire, et l'opération s'est terminée sans aucun de ces incidents qui portent le trouble dans l'âme des spectateurs.

Dans un cas semblable dont j'ai entretenu la Société, j'avais eu recours, pour découvrir le maxillaire, au procédé de Gensoul, qui a bien l'avantage de mettre largement à nu les parties sur lesquelles on doit agir, mais cette triple incision laisse des cicatrices bien apparentes. La simple incision courbe de M. Velpeau ne m'a jamais paru suffisante pour arriver facilement à l'apophyse montante du maxillaire. J'ai combiné le procédé du professeur de la Charité avec celui du professeur de Louvain, et après avoir fait une longue incision, qui de l'angle interne de l'œil arrive à la lèvre supérieure, j'ai divisé la commissure des lèvres en prolongeant du côté de la tempe une incision demi-circulaire; il en est résulté un lambeau triangulaire assez large pour permettre d'agir librement et de mettre à découvert les parties sur lesquelles il fallait porter la gouge et le maillet. Un ciseau porté à plat sur la partie inférieure de la base de l'orbite, sur son union avec l'os de la pommette, sur le sommet de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, a facilement séparé cet os des parties environnantes.

Au lieu de diviser les deux maxillaires sur la ligne médiane, j'ai arraché la seconde incisive latérale gauche, et une pince de Liston, dont les branches passaient dans la narine et la bouche, a facilement réséqué l'apophyse palatine du maxillaire. L'os, abaissé avec le ciseau appuyé sur sa base, a cédé facilement.

Le polype s'est alors montré à l'extérieur; on retrouvait sur deux points de sa circonférence, à la place des piqûres qui y avaient été pratiquées, deux ulcérations grisâtres. Il a la forme d'une poire, dont le pédicule correspond à l'ouverture qui fait communiquer le sinus avec les fosses nasales. Des ciseaux courbes ont séparé cette portion sans qu'il se soit écoulé une seule goutte de sang. C'était d'un bon augure pour les suites de l'opération.

Une portion volumineuse de la tumeur pénétrait dans la fosse zygomatique; elle avait dû s'engager par le trou sphéno-palatin; j'ai bien eu quelques difficultés à l'en retirer; il a fallu pour cela glisser le doigt sous la base du polype pendant que je le soulevais avec une

érigne implantée dans son tissu. L'existence de ce prolongement n'avait pas été constatée avant l'opération.

Restaient les portions pharyngienne, nasale, et enfin la partie adhérente de la tumeur.

La première a pu être retirée assez facilement à l'aide du doigt glissé en crochet derrière le voile du palais ; mais lorsque j'ai voulu atteindre les parties plus profondes, j'ai trouvé un obstacle dans la paroi interne du sinus maxillaire, qui était accolée à la cloison. Cette cavité avait subi une telle distension, qu'elle déprimait la fosse nasale correspondante. La pince de Liston, glissée dans la narine droite, en a eu facilement raison, et a coupé la cloison en totalité, ainsi que la paroi interne du sinus. Le doigt arrivait dès lors avec facilité sur la surface basilaire de l'occipital où la tumeur était implantée.

Je voulais toujours éviter l'emploi des instruments tranchants, afin de me mettre à l'abri d'un écoulement sanguin dont je redoutais les suites fâcheuses. J'ai été assez heureux pour contourner facilement avec l'index le pédicule du polype et pour l'énucléer par des tractions légères qui l'ont amené à l'extérieur avec le périoste dont il partait. Le doigt pénètre ensuite dans des cavités anfractueuses qui ont été distendues par la tumeur, et arrive jusqu'aux sinus sphénoïdaux. Tout s'était donc terminé heureusement.

A ce moment une syncope est survenue. J'ai dû faire coucher le malade sur le matelas qui avait été préparé à cet effet ; là on lui a projeté de l'eau froide au visage, fait respirer du vinaigre, frictionné les tempes avec le même liquide ; le pouls était resté bon, l'écoulement du sang avait été à peu près nul pendant l'opération ; il n'y avait donc pas la moindre crainte à avoir : on pouvait attendre.

Comme il ne restait aucune trace de polype et que le pédicule avait été emporté avec le périoste d'où il provenait, j'ai pensé qu'il était inutile de recourir au fer rouge. C'était des douleurs à épargner au malade, c'était diminuer les chances d'inflammation ; il n'est pas indifférent, en effet, de promener des fers rougis au feu à la voûte du pharynx, si rapprochée de la base du crâne.

Après un repos d'une demi-heure à trois quarts d'heure, j'ai réuni les deux incisions sans changer le malade de place. Une suture entortillée, quelques points de suture à points passés, ont mis en contact les deux lèvres des plaies ; on a pu ensuite le porter dans son lit, et lui faire boire quelques cuillerées d'eau de coing.

La journée n'a pas été trop mauvaise, quoique la fièvre ait été assez forte ; le soir, néanmoins, le malade disait éprouver le besoin de manger. On a pu lui donner quelques cuillerées de bouillon.

Le lendemain, la joue est très-gonflée, la peau qui la recouvre est rouge; les paupières sont le siége d'un œdème très-prononcé.

J'ai enlevé quelques-unes des épingles qui auraient déchiré les tissus ; le surlendemain, tous les points de suture ont été coupés. — Le malade prend des potages.

Cette tuméfaction n'a sensiblement diminué que le 8 février.

Le 9, le malade se lève quelques instants sans en être trop fatigué. Les plaies des joues, dont la suture n'a pas opéré la réunion, fournissent une suppuration assez abondante. L'odeur qui s'exhale de la bouche est moins fétide que les premiers jours. — Gargarismes au miel rosat; quart.

La convalescence a marché avec une telle rapidité, qu'au bout de quinze jours il était en état de sortir. Son appétit était tellement vif que de la demi-portion il a fallu arriver aux trois quarts et à la portion entière. Depuis longtemps il éprouvait de la difficulté pour avaler; il s'était si peu nourri, que cette faim canine n'avait rien d'extraordinaire à son âge.

Lorsqu'il a quitté l'hôpital le 8 mars, la difformité était à peine appréciable, et on était loin de se douter que le maxillaire supérieur n'était plus en place. Comme l'os de la pommette n'avait pas été enlevé, la peau de la joue était bien soutenue dans cette portion du visage. La conservation du bord alvéolaire dans le point qui correspondait à l'incisive moyenne gauche lui fournissait aussi en dedans un point d'appui convenable.

L'ouverture qui fait communiquer la bouche avec l'intérieur des fosses nasales n'est pas aussi grande qu'à l'ordinaire.

Le voile du palais est soutenu par une portion de la voûte palatine; il en résulte que la déglutition est facile, et que les boissons seules s'échappent en petite quantité par les narines, mais de loin en loin seulement.

Lorsque j'ai abaissé le maxillaire, après l'avoir séparé de l'os jugal et des os propres du nez, il s'est rompu au niveau de l'ouverture qu'avait creusée la tumeur à la voûte palatine. Or, comme celle-ci était plus rapprochée du bord alvéolaire que de la ligne médiane, et qu'elle existait à peu près à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de l'apophyse palatine, il en est résulté que le quart de la voûte du palais a été conservé; aussi la voix, quoique un peu nasonnée, est encore très-distincte.

Le malade a repris des forces et de l'embonpoint. Comme il habite un village qui n'est pas très-éloigné de Clermont, il me sera facile de le retrouver et de mettre la Société au courant de son état.

C'est un fait à ajouter à tous ceux qui existent déjà dans la science

et que l'on ne compte plus aujourd'hui. S'il n'a rien d'exceptionnel, il pourra du moins encourager les chirurgiens qui reculeraient devant la crainte d'une hémorrhagie.

Du reste, dans la circonstance actuelle, le procédé opératoire était tracé à l'avance, et la destruction partielle du sinus maxillaire devait indiquer la voie à suivre.

— La séance est levée à cinq heures.

L'un des secrétaires : H. Blot.

Séance du 13 juillet 1864.

Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale.* — Le *Montpellier médical.* — Les *Archives générales de médecine.* — Le nº 5 du tome V du *Bulletin*, et le sixième fascicule des *Actes* de la Société médicale des hôpitaux de Paris.

LECTURE.

Polype naso-pharyngien. — Ablation du maxillaire supérieur comme opération préliminaire. — Conservation du périoste et reproduction de l'os. — Guérison constatée sept mois après l'opération, par M. Ollier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

M. Verneuil donne lecture de cette observation.

Malgré les objections qu'elle a soulevées, l'ablation du maxillaire supérieur comme opération préliminaire pour la destruction des polypes naso-pharyngiens est une méthode très-rationnelle. Elle est la seule qui dans certains cas permette de détruire radicalement la production morbide. Si l'implantation du polype est large, si elle a lieu sur un point élevé des fosses nasales, si elle est multiple, les opérations préliminaires proposées jusqu'ici ne donnent pas assez de jour pour procéder aisément et avec sûreté à la destruction des racines de la tumeur. Par l'ablation du maxillaire supérieur, on a encore un autre avantage, c'est une ouverture permanente pour surveiller la base d'implantation du polype et la cautériser au besoin. Cette opération

préliminaire est donc incontestablement la plus efficace et la plus sûre, mais elle sacrifie des parties saines et importantes au point de vue de la régularité des traits. Si on parvient par un procédé opératoire à diminuer la perte de substance des tissus sains et à prévenir la déformation consécutive du visage, on détruira par cela même certaines objections qui empêchent l'opération de se vulgariser.

Nous croyons avoir atteint ce but en employant le procédé opératoire que nous allons exposer, et dont les points essentiels consistent dans la dissection du périoste, organe de la régénération de l'os, et dans la conservation des dents incisives de la portion incisive du maxillaire qui les supporte.

Par cette dernière précaution, la lèvre se trouve soutenue dans presque toute sa longueur, et on évite l'enfoncement de la région génio-labiale si apparente après les opérations de ce genre. Si, d'autre part, on a eu soin de faire la section du rebord orbitaire inférieur de manière à conserver un prolongement en pointe qui soutienne l'œil, on prévient la descente de cet organe si disgracieuse après les procédés ordinaires.

Pour les cas de moindre gravité, lorsque la tumeur est encore de moyenne grosseur, nous préférerons certainement une opération préliminaire moins destructive, et nous aurons bientôt à ce sujet l'occasion de communiquer à la Société un nouveau procédé pour atteindre le polype par la voie nasale.

Obs. — Le nommé Antoine P.:., âgé de seize ans, né à Saint-Etienne (Ain), entre dans la salle Saint-Sacerdos, n° 96, service de M. Ollier, le 31 août 1863.

Ce malade a été déjà opéré deux ans auparavant d'un polype naso-pharyngien par M. Delore au moyen de l'écrasement linéaire suivi de la cautérisation.

Il y a trois mois, le malade s'est aperçu d'une gêne dans la respiration et la déglutition. Cette gène n'a fait qu'augmenter, et aujourd'hui il respire difficilement; il entre à l'Hôtel-Dieu dans un état qui nécessite une intervention chirurgicale immédiate.

Quand on explore la région pharyngienne, on voit une masse du volume d'un œuf repoussant en avant le voile du palais et empêchant complétement le passage de l'air par les fosses nasales. En explorant cette masse avec le doigt, on reconnaît qu'elle s'implante sur l'apophyse basilaire; mais comme elle remplit complétement les fosses nasales en arrière, on ne peut pas délimiter sa base d'implantation. Le polype est plus volumineux à gauche, remplit toute la fosse nasale de ce côté et s'étend en avant jusqu'à l'ouverture des narines. Le sinus maxillaire n'est pas déformé extérieurement. Comme il s'a-

gissait d'une récidive et qu'il était impossible de limiter la base d'implantation du polype, M. Ollier eut recours à l'ablation préliminaire du maxillaire supérieur, et pratiqua cette opération le 12 septembre 1863.

Voici comment il a procédé :

Une première incision verticale suivant le dos du nez et divisant ensuite la lèvre supérieure, est pratiquée sur la ligne médiane; on choisit ce procédé afin de pouvoir mettre à nu l'os nasal et le luxer en haut au besoin si l'implantation du polype l'eût exigé. Une deuxième incision part de la commissure des lèvres à gauche et se dirige obliquement en haut et en arrière jusqu'au niveau de l'os malaire, en suivant une ligne courbe à convexité inférieure. On fait une incision sur la gencive à partir de la canine, et en suivant le rebord alvéolaire à 2 millimètres du collet des dents jusqu'à la partie la plus postérieure de la tubérosité maxillaire. Cette incision arrive du premier coup jusqu'à l'os; de son extrémité antérieure, on fait partir une incision oblique se dirigeant vers l'épine nasale antérieure, et allant, comme la précédente, jusqu'à l'os. On prend alors la sonde-rugine, et on décolle le périoste de bas en haut sur toute l'étendue de la face externe du maxillaire; le périoste se détache avec la plus grande facilité, et on a ainsi un lambeau périostéo-cutané unique. Le nerf sous-orbitaire est coupé avec un bistouri au moment où la dissection du périoste arrive à son niveau.

Avec des cisailles incisives, on coupe l'apophyse montante; puis avec un ciseau bien tranchant, introduit au niveau de la suture jugo-maxillaire, on détache l'os à ce niveau en ayant soin de conserver intacte la pointe formée par le prolongement orbitaire de l'os malaire.

Cela fait, on pratique une incision palatine suivant la courbe des dents depuis la canine jusqu'à la dernière molaire, en suivant de très-près le rebord gingival; de l'extrémité postérieure de cette incision, on en fait partir une deuxième transversale le long du bord postérieur de l'os palatin; on détache alors avec la sonde-rugine un lambeau de muqueuse palatine doublée de son périoste. On introduit ensuite le ciseau entre la canine et la deuxième incisive gauche, et on le pousse à petits coups jusqu'à la suture médiane, cette suture étant découverte dans ses deux tiers postérieurs, grâce à la dissection préalable du périoste palatin. On introduit à son niveau l'angle du ciseau, et on sépare les os qui la composent. On fait ensuite basculer l'os, et on l'extrait comme par le procédé ordinaire, en éprouvant toutefois un peu plus de difficulté, à cause de la conservation

de la portion incisive qui rétrécissait l'espace par où on devait l'extraire.

Le polype est alors largement à découvert ; il occupe, comme nous l'avons dit, toute la fosse nasale gauche, tout l'étage supérieur du pharynx et une partie de son étage moyen. Il a deux prolongements considérables, l'un antérieur, l'autre externe, ce dernier pénétrant dans le sinus maxillaire sans le déformer extérieurement. Le polype paraissant très-vasculaire en certains points, on essaya d'abord de passer une chaîne d'écraseur autour de son pédicule ; mais comme ce dernier était très-large et très-irrégulier, on fut obligé d'y renoncer. La section par ce procédé eût laissé derrière elle une partie de la masse morbide, et c'eût été à recommencer. M. Ollier l'attaqua alors par l'arrachement combiné avec l'excision et la rugination des os. On cautérisa au fer rouge la portion basilaire ; mais sur les autres points, on saisit les dernières racines du polype en les attaquant avec des ciseaux courbes et de fortes pinces à polypes. L'arrière-cavité des fosses nasales fut ainsi complétement nettoyée et en quelque sorte privée de sa muqueuse au niveau de l'apophyse basilaire, des sinus sphénoïdaux, de la trompe d'Eustache à gauche.

Le vomer était usé en arrière par le polype qui s'appuyait sur lui. On réunit ensuite les parties extérieures, et si l'on n'avait pas voulu conserver une ouverture permanente pour surveiller la base du polype, on aurait pu réunir la muqueuse palatine au périoste du lambeau génial ; l'os eût pu être ainsi à peu près intégralement reconstitué, mais cela n'entrait pas dans les plans de l'opérateur.

L'opération dura une heure ; le malade perdit assez de sang ; mais une fois l'opération terminée, on l'arrêta facilement au moyen de petits morceaux d'éponge imbibés d'eau de Pagliari, laissés dans la cavité.

Le 14 septembre, pouls à 130 ; il n'y a pas eu de sang depuis l'opération ; on enlève quelques fils.

Le 15, pouls à 120, la réunion extérieure est complète ; la figure a sa forme habituelle.

Les jours suivants, le malade eut un peu d'érysipèle ; il se forma un petit abcès qui s'ouvrit extérieurement vers le milieu de l'incision géniale ; la fièvre ne tomba que le 22 septembre.

Le 23, le malade demande à se lever ; il mangeait de bon appétit : il avait du reste été alimenté par du bouillon et du vin dès le jour même de l'opération.

Le 25, rougeur, tuméfaction au niveau de l'extrémité postérieure de l'incision géniale ; un petit abcès s'ouvrit dans l'intérieur de la bouche les jours suivants.

Le 6 octobre, état général parfait; le malade se lève et mange abondamment. En explorant les parties profondes avec le doigt, on réveille une douleur très-vive au niveau de la base d'implantation du polype.

Quant aux lambeaux périostiques, ils sont dans l'état suivant : le lambeau de muqueuse palatine laissé flottant après l'opération a pris une situation transversale et s'est complétement soudé en arrière avec le voile du palais qui était resté intact ; il n'y a pas du tout d'ossification à ce niveau.

Le périoste de la face externe du maxillaire commence déjà à durcir et offre au niveau de la tubérosité une résistance cartilagineuse.

La forme du visage est très-régulière ; on ne dirait pas du tout que le malade ait subi l'ablation du maxillaire ; qu'il soit au repos ou qu'il écarte les lèvres pour sourire, les dents incisives laissées en place maintiennent parfaitement les lèvres.

Deux mois après l'opération, on sentait au niveau de la tubérosité maxillaire une résistance osseuse.

La cavité naso-pharyngienne est explorée de temps en temps pour surveiller la base d'implantation du polype; à trois reprises on cautérise avec le beurre d'antimoine des prolongements de muqueuse qui paraissent suspects; on a cessé les cautérisations depuis le 6 décembre.

Le 4 avril, le malade présente l'état suivant : la forme de la face est presque normale; sans les cicatrices cutanées et une dépression légère qui existe au niveau de l'incision géniale, on ne soupçonnerait pas que ce malade ait subi l'ablation du maxillaire supérieur.

L'intérieur de la cavité buccale présente une ouverture qui permet de passer le doigt et d'explorer la cavité naso-pharyngienne. On constate qu'il n'y a pas reproduction du polype; un petit lambeau de muqueuse qui avait donné des craintes pendant un certain temps était resté flottant; mais comme il n'avait pas changé depuis quatre mois, et qu'il tendait plutôt à diminuer, on l'a laissé subsister.

Le périoste palatin est devenu dur, fibreux; mais il n'est pas encore ossifié, excepté peut-être à la partie postérieure, où il a une consistance osseuse. Quant au périoste qui recouvrait la face externe du maxillaire, il a manifestement donné lieu à une reproduction osseuse arciforme se dirigeant en pointe en avant et venant s'unir par un tissu fibreux très-fort à l'épine nasale antérieure. Cette masse épaisse, non dépressible, impénétrable par de fortes épingles, conservant d'une manière fixe une forme arquée, est bien distincte de l'os malaire et ne peut être constituée que par un tissu osseux de nouvelle formation.

On s'est mis en garde contre les causes d'erreur sur ce point. Le malade a été présenté à la Société des sciences médicales pour faire constater le résultat.

Une maladie fébrile aiguë accompagnée de taches rosées, qui avait fait redouter une fièvre typhoïde, survint douze jours avant la sortie du malade de l'Hôtel-Dieu. M. Ollier craignit alors de voir, sous l'influence de cet état fébrile, la substance osseuse nouvelle se ramollir et se résorber, comme cela se voit si fréquemment quand une fièvre éruptive grave survient dans la période de la consolidation d'une fracture. Il n'en a pas été heureusement ainsi, et bien qu'en certains points la masse osseuse ait diminué, il en restait encore assez pour constater manifestement la présence d'un tissu osseux nouveau.

Le malade est sorti de l'hôpital le 17 avril. Il était resté en observation sept mois et cinq jours depuis son opération.

État de la pièce anatomique. — L'os enlevé est très-régulièrement dépouillé de son périoste sur toutes les faces où on a pris soin de le détacher, c'est-à-dire sur toute la périphérie externe et à la face inférieure ou palatine. On voit que le périoste a été détaché sans effort. Le tissu de l'os est parfaitement sain d'ailleurs. Quant au polype, il se compose d'un tissu dur, fibreux, mamelonné, peu vasculaire dans sa partie centrale. Il est en fragments nombreux; deux de ces fragments réunis ont le volume d'un œuf de poule.

Après avoir séjourné sept mois dans l'alcool, son poids total est de 45 grammes. Ces pièces ont été présentées à la Société de chirurgie, dans la séance du 30 mars 1864.

DISCUSSION.

M. RICHET. Je trouve que pour atteindre et surveiller le pédicule d'un polype naso-pharyngien, il n'y a pas de procédé supérieur à l'extirpation du maxillaire. Chez la malade dont j'ai récemment entretenu la Société, on peut, malgré la complète cicatrisation des parties molles, porter le doigt et l'œil sur la surface d'implantation de la tumeur. Cette surface pourra donc être surveillée pendant toute la vie de la malade.

M. Ollier vient d'insister, dans sa très-belle observation, sur les avantages de la conservation du périoste au point de vue de la forme; je crois que ce chirurgien se fait illusion sur l'avantage de son procédé à ce point de vue. Je n'ai pas conservé le périoste, je n'ai même pu conserver le rebord orbitaire, déjà détruit à sa partie interne; j'ai respecté l'os de la pommette, les incisives et la partie correspondante du rebord alvéolaire; il y a très-peu de difformité. A peine serait-elle appréciable s'il n'existait pas une fistule à l'angle interne de l'œil.

Cette fistule est le résultat de tentatives antérieures faites par la voie nasale; je n'y ai pas touché, retenu que je suis par la crainte de provoquer un érysipèle. Je crois donc que le décollement du périoste complique l'opération et augmente beaucoup sa durée, le tout sans grande utilité.

M. GIRALDÈS. L'observation de M. Ollier n'est pas seulement intéressante au point de vue chirurgical, elle offre encore un grand intérêt physiologique. M. Sédillot s'efforce en ce moment de démontrer que la reproduction des os par le périoste s'effectue rarement chez les animaux, il est aidé dans cette tâche par M. Marmy. Ces chirurgiens ont fait des expériences très-attentives et arrivent jusqu'à présent à des conclusions contraires à celles de M. Ollier. Le fait que vient de vous adresser le chirurgien de Lyon tendrait à établir qu'il y a, au point de vue de la reproduction des os par le périoste, une différence sensible entre l'homme et les animaux.

M. VERNEUIL. Voici trois ou quatre ans que la Société de chirurgie s'occupe de la question des polypes naso-pharyngiens. J'ai pour ma part beaucoup insisté sur les avantages de la résection du maxillaire supérieur comme opération préliminaire. Mon zèle a été d'autant plus désintéressé que je ne suis pas l'inventeur de ce procédé opératoire; mais je ne suis pas moins heureux de constater que des chirurgiens aussi habiles que MM. Fleury, Ollier et Richet viennent défendre ici les opinions que j'y ai soutenues. Dans les observations auxquelles je fais allusion, il s'agissait il est vrai de gros polypes; mais pour moi, la résection du maxillaire est encore préférable aux procédés parcimonieux, même quand il s'agit de petites tumeurs. Je crois avoir démontré que les opérations que j'appelle parcimonieuses n'ont donné que de rares, que de très-rares guérisons définitives.

J'ai eu occasion d'assister à une opération par la voûte palatine, pour une tumeur peu volumineuse de la partie postérieure des fosses nasales. Cette tumeur était de mauvaise nature. Tout alla bien pendant quinze jours; mais quoique la résection de la voûte palatine eût été fort bien exécutée, il y avait récidive après trois semaines, et ce n'est qu'avec la plus grande peine que l'on a pu faire des cautérisations qui restent impuissantes.

Je me félicite d'autant plus de voir les chirurgiens disposés à sacrifier le maxillaire supérieur, que cette opération est certainement moins grave que les autres. La difformité que laisse après elle cette mutilation constitue une sérieuse objection; je trouve donc fort importante une observation qui vient nous donner un moyen de plus de l'atténuer. Que pour atteindre ce but on conserve avec soin certaines portions du maxillaire, rien de mieux; dans cette partie de

l'opération, MM. Richet et Ollier ont agi à peu près de même. Mais quand cela est possible, pourquoi ne pas conserver le périoste, lorsque l'on est aussi nettement encouragé par le succès de M. Ollier? Je crois que cette membrane ne doit être sacrifiée que lorsqu'elle est déjà compromise ou détruite; c'est ce qui avait lieu dans le cas de M. Richet.

La surveillance de la base d'implantation est restée facile dans le cas de M. Ollier; il est vrai que le périoste de la voûte palatine n'a pas donné de reproduction osseuse, tandis que celui de la face externe du maxillaire a fourni le beau résultat que vous connaissez. Quand il s'agit de reproduction osseuse, on ne peut pas conclure d'une manière absolue d'une région à l'autre, pas plus que des animaux à l'homme, ainsi que le faisait tout à l'heure remarquer M. Giraldès.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Cancer de l'extrémité inférieure du fémur.

M. MARJOLIN. J'ai déjà eu l'occasion de communiquer à la Société deux observations de cancer des os, développé chez de jeunes enfants. Dans un cas, la maladie siégeait dans l'os des iles; dans le second, il s'agissait d'un ostéo-sarcome du fémur, pour lequel je dus pratiquer la désarticulation de la cuisse, assisté par notre regrettable collègue Robert. Cette fois, c'est encore le fémur qui est malade; l'affection, qui s'est développée sans cause appréciable, a marché avec une grande rapidité.

Il y a cinq mois, l'enfant, qui est âgé de treize ans et fils d'un père mort phthisique, ressentit brusquement de très-vives douleurs dans la cuisse droite. M... n'avait ni fait de chute ni reçu de coup; seulement, par une journée du mois de février, il était resté debout quatre heures, attendant pour voir passer un cortége.

L'enfant fut soigné chez sa mère, et d'après les renseignements recueillis, nous savons qu'un traitement régulier fut institué pour combattre les accidents, qui semblaient, d'après leur marche et leur caractère, dépendre plutôt d'une ostéo-périostite aiguë que d'une affection cancéreuse. En effet, non-seulement le genou et toute la partie inférieure de la cuisse devinrent très-tuméfiés et très-douloureux, mais il se forma bientôt un vaste foyer purulent, s'étendant depuis le tiers moyen du fémur jusqu'au niveau du pli de l'aine. Ce foyer ayant été ouvert, l'enfant ne tarda pas à être pris de tous les accidents qui accompagnent la pénétration de l'air dans de vastes foyers, et lorsqu'il fut amené le 28 juin à l'hôpital, il était dans un état d'épuisement tel que j'hésitai beaucoup sur le parti que je devais prendre.

L'enfant était d'une pâleur extrême, épuisé par la douleur, l'insomnie et la diarrhée. Tout le membre abdominal droit était infiltré, le genou tellement volumineux et déformé qu'il ressemblait à celui d'un individu atteint d'éléphantiasis ; au-dessus du tiers inférieur de la cuisse, en dehors, existait une ouverture communiquant avec un vaste foyer purulent, d'où matin et soir s'échappaient au milieu d'un pus d'une fétidité extrême de nombreux flocons de tissu cellulaire sphacélé.

Comme l'enfant toussait à peine et qu'il arrivait avec la pensée que l'amputation seule pouvait le guérir, après l'avoir examiné pendant trois jours, en combattant par tous les moyens convenables les accidents généraux et locaux, je me décidai à pratiquer l'amputation de la cuisse le 1er juillet.

Prévoyant que l'amputation circulaire ne me laisserait pas beaucoup de facilité pour scier le fémur dans un endroit assez élevé pour le trouver sain et encore recouvert de son périoste, immédiatement après les deux incisions circulaires, je pratiquai une incision longitudinale au-dessous du grand trochanter. De cette manière, j'arrivai facilement sur une partie saine de l'os ; mais au-dessus de l'incision, le sommet du foyer purulent avait encore en dedans et en dehors au moins 8 ou 9 centimètres de profondeur. Je rapprochai mollement les chairs, pour laisser un libre écoulement au pus et couvrir le moignon de fomentations émollientes tièdes. Le malade perdit très-peu de sang, et dans la journée on lui fit prendre des aliments. Dès le jour même, il y eut un grand calme, et le malade se sentit soulagé par le fait même de l'opération, tant les pansements habituels étaient douloureux et pénibles.

Lorsque l'enfant nous avait été présenté, j'avais cru qu'il s'agissait d'une ostéo-myélite, et j'étais d'autant plus fondé à porter ce diagnostic, qu'outre les symptômes que j'ai mentionnés, en introduisant un stylet par l'ouverture de l'abcès j'avais trouvé le fémur dénudé de son périoste dans une grande étendue, et j'avais constaté l'existence d'un séquestre à la partie postérieure et inférieure. L'autopsie de la pièce nous démontra que je m'étais trompé sur la nature véritable de l'affection, et qu'il s'agissait cette fois d'un cancer de l'os ayant probablement son point de départ dans le périoste de l'extrémité inférieure de la diaphyse.

Ayant disséqué la pièce avec M. Leroy, interne du service, nous trouvâmes avec surprise que l'articulation du genou était saine. L'épiphyse du fémur était saine, et la diaphyse n'en était nullement séparée. Quant à la diaphyse, elle était malade dans tout son tiers inférieur, un peu plus volumineuse que dans l'état habituel ; en de-

dans et en arrière, il existait un séquestre volumineux encore adhérent au reste de l'os. Au centre de l'os, on trouvait au milieu du canal médullaire de petits noyaux gros comme des pois, irréguliers, d'un gris nacré, transparent. Examinés au microscope par mon collègue M. Bergeron et par M. Leroy, il s'est trouvé que ces noyaux renfermaient une grande quantité de cellules cancéreuses.

Mais une autre altération pathologique fort curieuse que je ne dois pas oublier de signaler, c'est la quantité considérable de stalactites osseuses, de grosseur et de forme variées, provenant de la partie inférieure du fémur, ou disséminées dans la masse musculaire du tiers inférieur de la cuisse. Au niveau du tiers moyen, le fémur était à nu, baignant dans le pus et à peine recouvert par la peau. Les vaisseaux du creux poplité n'ont rien présenté de particulier à noter.

M. GUERSANT. J'ai eu occasion, il y a quelques années, de montrer une pièce à peu près semblable à la Société. Seulement, la tumeur remontait beaucoup plus haut, et le cancer était plutôt osseux que périostal. J'ai eu le malheur de perdre cet opéré de la variole au trente et unième jour.

Amputation de la verge.

M. FOLLIN présente à la Société une pièce anatomique destinée à montrer les bons résultats d'un procédé mis depuis longtemps en usage par M. Ricord et d'autres chirurgiens, pour conserver à l'orifice de l'urèthre sa grandeur normale après les amputations de verge.

M. Follin pratiqua, il y a huit ou dix mois, l'amputation de la verge sur un malade atteint de cancer du pénis. L'amputation faite, il incisa la partie inférieure de l'urèthre dans l'étendue d'un centimètre, et obtint ainsi une plaie en forme de V, à base antérieure. Les deux lèvres de cette plaie furent réunies latéralement, de façon à adosser le feuillet muqueux de l'urèthre à la peau. Deux points de suture suffirent pour maintenir les choses en place, et la réunion se fit très-bien.

Quand le malade sortit de l'hôpital, il urinait très-facilement et à plein canal.

Quelques mois après cette opération, une récidive de cancer eut lieu dans les ganglions de l'aine, et le malade revint à l'hôpital du Midi, où il succomba.

On peut voir sur la pièce présentée par M. Follin :

1° Qu'il n'y a pas de récidive du cancer sur place;

2° Que l'orifice uréthral, situé à la partie inférieure du pénis, est elliptique et large comme un canal normal;

3° Que quelques filets des nerfs dorsaux de la verge se terminent au niveau de la section faite au pénis, en formant de légers renflements qui adhèrent à l'enveloppe du corps caverneux. Ces petits névromes peuvent expliquer les douleurs qu'éprouvent parfois les individus amputés de la verge, surtout au moment des érections.

M. BROCA. Il y a quatre ans, j'ai fait une amputation de la verge par le procédé suivi par M. Follin. Le résultat a été aussi parfait que dans le cas que vous soumet notre collègue. Il s'agissait d'un épithélioma récidivé, et je dus amputer à la base de la verge. Néanmoins, je pouvais, quinze jours après, vous rendre témoins d'un très-bon résultat opératoire. Aujourd'hui, je puis vous apprendre que non-seulement l'urèthre est resté libre, mais que la récidive, que j'avais presque prédite, n'a pas eu lieu.

En examinant le tronçon de la verge amputée, j'avais trouvé, disséminés dans le corps caverneux et jusque sur la surface de section, de petits noyaux que je n'eus pas de peine à reconnaître, au microscope, pour des amas d'épithélium. Préoccupé de ce fait, j'en avertis le médecin du malade, M. le docteur Costilhes, et nous nous déterminâmes à cautériser vivement la surface de la plaie avec le caustique Filhos. Il y a quelques jours à peine, notre confrère me donnait encore les meilleures nouvelles de ce malade.

M. RICHET. Je ne sais si quelqu'un a mis en usage avant moi le procédé que M. Follin attribue à M. Ricord ; mais il y a onze ans, j'ai opéré par ce même procédé, et j'ai cru faire une opération nouvelle. C'était sur ce même malade atteint à la fois de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus et de luxation, sur lequel je pratiquai le refoulement pour réduire la luxation de la tête humérale. Le mémoire que j'écrivis à ce sujet a servi à appuyer ma candidature devant la Société de chirurgie, et le procédé d'amputation de la verge que j'avais imaginé a été publié dans mon *Anatomie chirurgicale*. Je n'ai pas eu besoin d'inciser longitudinalement l'orifice uréthral pour attirer la muqueuse; elle est assez lâche pour pouvoir facilement être amenée au dehors et greffée à la peau. J'ai perdu ce malade de vue.

M. FOLLIN. Le procédé dont je me suis servi est indiqué dans les livres sous le nom de Ricord ; mais je ne sais à quelle époque il a été publié pour la première fois. L'incision de la partie inférieure de l'orifice de section de l'urèthre, préconisée par ce chirurgien, facilite beaucoup l'opération ; elle est absolument inoffensive, et il suffit de lui donner une très-petite longueur.

Je puis ajouter que j'ai pratiqué cette même opération il y a six mois, et que le succès a été complet. J'ai voulu que la pièce anato-

mique que je vous ai présentée rendît évidents les avantages de ce mode d'amputation de la verge.

— La séance est levée à cinq heures.

Pour le secrétaire, F. GUYON.

Séance du 13 juillet 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine.

Régénération des os par le périoste.

M. GIRALDÈS. Dans la dernière séance, j'ai rappelé, à propos de l'observation de M. Ollier, les expériences de M. Sédillot sur la régénération des os par le périoste et les différences qui existent dans les résultats obtenus par le chirurgien de Lyon et le chirurgien de Strasbourg. M. Sédillot a bien voulu m'écrire à ce sujet une lettre que je demande à la Société la permission de lui communiquer.

« Strasbourg, le 10 juillet 1864.

» Mon cher collègue,

» Je lis dans l'*Union médicale* du 9 courant quelques mots de vous sur les régénérations osseuses de la voûte palatine, et je tiens à bien préciser dans votre esprit les faits que j'ai invoqués.

» Langenbeck, Michel et beaucoup d'autres, ont soutenu la réalité de ces régénérations sur l'homme dans un temps très-court (Michel, un mois).

» J'ai élevé des doutes sur ces observations, en les appuyant sur deux ordres de preuves :

» 1° Une ouranoplastie périostée pratiquée sur un jeune garçon avec succès (fente congénitale du voile et de la voûte du palais, *Gazette hebdomadaire*), et après plusieurs mois, aucune ossification n'avait eu lieu.

» 2° Expériences sur de jeunes chiens, et après quarante et soixante jours, aucune trace d'ossification, quoique les périostes palato-nasaux n'eussent pas suppuré et se fussent réunis immédiatement. »

DISCUSSION.

Amputation de la verge.

M. CHASSAIGNAC. Je crois que l'on a beaucoup exagéré la fréquence du rétrécissement à la suite de l'amputation de la verge, je crois aussi que l'on a exagéré son degré de résistance. J'ai fait plusieurs amputations de la verge, un seul malade m'est revenu avec un rétrécissement assez étroit qui a très-facilement cédé à la dilatation. C'est un malade que j'ai souvent occasion de revoir, je puis donc être très-affirmatif à son sujet. Je désire que mes collègues me donnent, à côté du procédé destiné à prévenir les rétrécissements, des faits qui indiquent bien ce que le chirurgien doit redouter à ce point de vue.

M. BROCA. Chez le malade dont j'ai parlé dans la dernière séance, j'avais fait une première amputation, qui fut suivie de récidive six mois après. Ce qui m'engagea dans ma deuxième opération à fixer la muqueuse à la peau, c'est qu'à la suite de cette première amputation faite sans précautions particulières, le malade eut un rétrécissement très-prononcé. Je sais que l'on peut m'objecter la récidive pour expliquer le rétrécissement, aussi je ne veux pas donner ce fait comme preuve absolue. Je crois d'ailleurs qu'il faut tenir grand compte du siége de l'amputation; l'urèthre, coupé dans sa partie spongieuse, est soudé aux corps caverneux, et son extrémité libre doit avoir plus de chances d'être comprise dans une cicatrice résistante que lorsqu'on le coupe à la base de la verge, où sa muqueuse est plus lâche et libre d'adhérences avec des parties fibreuses.

M. VOILLEMIER. Je crois, comme M. Broca, que l'on doit tenir compte du siége de l'amputation; je crois même que l'on doit tenir compte de la nature de l'affection pour laquelle l'amputation a été faite. Un homme placé dans le service de Lenoir avait eu la verge coupée par une morsure de cheval; notre regretté collègue n'avait eu en effet qu'à sectionner une languette cutanée, qui seule retenait la partie antérieure de la verge. Il survint un rétrécissement si étroit que Lenoir se décida à enlever une rondelle de la verge; nouveau rétrécissement. C'est alors que le malade me fut confié; cette fois je pratiquai l'incision inférieure et la suture de la muqueuse à la peau, la guérison fut obtenue sans rétrécissement.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je suis très-disposé à penser que dans ce fait il faut chercher la cause du rétrécissement dans l'attrition des tissus. J'ai fait deux fois l'amputation de la verge au niveau des pubis, je n'ai pris aucune précaution contre le rétrécissement, mes malades

ont complétement guéri, et la miction est demeurée parfaitement libre.

M. VELPEAU. J'ai fait douze ou quinze fois l'amputation de la verge pour des lésions organiques, j'ai toujours amputé au-devant des bourses et n'ai suivi aucun procédé particulier. Je n'ai vu que deux fois survenir des rétrécissements.

Dans l'un des cas, il s'agissait d'un rétrécissement purement cicatriciel assez étroit; il céda aisément à la dilatation. Dans le deuxième, l'obstacle à la sortie de l'urine était dû à une sorte de bourrelet cutané, vicieusement attiré par la cicatrice; je pus très-aisément, par une petite opération, rendre libre l'orifice de l'urèthre. Je me crois donc en droit de conclure que le rétrécissement est bien rare à la suite de l'amputation de la verge, et que les procédés destinés à le prévenir sont peu utiles.

M. DEMARQUAY. J'ai vu plusieurs rétrécissements consécutifs à l'opération dans le service de M. Ricord; j'ai toujours pris la précaution de fixer la muqueuse à la peau, et je n'ai jamais observé de rétrécissement chez mes opérés.

M. RICHET. J'ai observé un cas très-remarquable de rétrécissement cicatriciel à la suite de l'amputation de la verge. Lorsque le malade voulait uriner, le canal se distendait et acquérait le volume du pouce; ce n'est qu'alors que l'urine commençait à s'échapper par un orifice très-étroit. J'avais incisé sans succès ce rétrécissement; aussi, très-frappé de ce fait malheureux, j'imaginai le procédé dont je vous ai parlé lorsque j'eus à amputer mon malade.

M. BAUCHET. J'ai fait trois fois l'amputation de la verge; dans les trois cas, j'ai employé le procédé rappelé par M. Follin. J'ai suivi deux de ces malades : le premier a été opéré en 1859, le second en 1862; le canal est resté parfaitement libre dans les deux cas.

M. VOILLEMIER. M. Morel a insisté sur les effets de la contusion pour expliquer le rétrécissement; je lui avais moi-même fait sa part; mais si son action ne me paraît pas douteuse lorsque se cicatrisa la plaie faite par le cheval, je ne vois plus ce qu'elle pouvait faire après que Lenoir eut enlevé une rondelle de la verge comprenant toute la cicatrice. Toujours est-il que les rétrécissements ne sont pas niables; aussi me semble-t-il très-rationnel de se servir d'un procédé qui a en outre l'avantage de recouvrir la surface de section.

M. VERNEUIL. S'il s'agissait d'un procédé difficile ou dangereux, je comprendrais que l'on discutât, mais rien n'est plus simple. Dans le seul cas où je l'ai employé, le malade est mort d'infection purulente; je ne puis donc pas parler de ses résultats. Cependant je crois

que ce procédé a un avantage que l'on n'a pas encore signalé. On a beaucoup insisté sur la possibilité de perdre complétement l'orifice de section de l'urèthre, si bien que dans les jours qui suivent l'opération ou immédiatement après il avait été impossible de faire le cathétérisme. Ce procédé me semble devoir mettre sûrement à l'abri de semblable accident.

M. CHASSAIGNAC. Je crains que la discussion ne porte bientôt sur d'autres points que ceux qui lui ont donné naissance. Je tiens donc à rappeler que je n'ai pas combattu le procédé opératoire dont il est question; je le crois bon, mais je reste convaincu qu'on a exagéré la fréquence des rétrécissements consécutifs à l'opération. Nos collègues ne nous en ont cité que bien peu d'exemples, et il en est, comme ceux de MM. Broca et Voillemier, dans lesquels la récidive et l'attrition des tissus ont joué un rôle qui efface celui que l'on pourrait attribuer à l'opération. Pour moi, l'amputation de la verge doit être pratiquée au moyen de l'écrasement linéaire; mais je serais fort disposé à terminer l'opération par la suture de la muqueuse.

M. DEMARQUAY. Lorsque l'on coupe la verge très en arrière, on est exposé à l'infiltration urineuse. Je crois que le procédé que je préconise avec plusieurs membres de cette Société est de nature à prévenir l'infiltration de l'urine, non-seulement en doublant les surfaces, mais en attirant en quelque sorte l'urèthre en avant. J'ai la conviction que, dans un cas où j'amputai au niveau de la racine de la verge, mon malade dut à cette opération d'échapper aux dangers de l'infiltration urineuse.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je ne suis pas ennemi de cette petite opération, mais je la crois inutile. M. Demarquay lui fait en vérité trop d'honneur lorsqu'il suppose que grâce à elle il a sauvé la vie d'un malade. Une sonde en caoutchouc vulcanisé s'opposerait bien plus sûrement à l'infiltration; rien n'est plus facile que de la maintenir et de la faire supporter.

M. VERNEUIL. L'observation de M. Morel me rappelle un souvenir. Je suis convaincu que le point de départ de l'infection purulente fut, chez mon malade, une ulcération du canal pénétrant jusqu'au corps spongieux, et déterminée, à n'en pas douter, par la sonde. M. Morel me répondra : Servez-vous de la sonde en caoutchouc, vous n'aurez rien à craindre de semblable; mais l'on n'a pas toujours de sonde en caoutchouc, et l'on n'entreprend jamais d'opération sans un bistouri et un fil.

M. FOLLIN. Je ne vois pas à quoi peut servir une sonde en caoutchouc ou de toute autre nature. Les malades urinent facilement et

largement ; on parlait, il est vrai, tout à l'heure, de la possibilité de ne plus retrouver l'orifice de l'urèthre, mais c'est là un accident que je crois imaginaire et en tout cas de peu d'importance.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je persiste cependant à croire, jusqu'à preuve du contraire, que lorsqu'on sera menacé d'infiltration urineuse comme dans le cas de M. Demarquay, il y aura plus de sécurité pour le malade si on a mis une sonde en caoutchouc que si l'on a suturé sa muqueuse. Je dirai même qu'il y aura avantage à lui mettre au besoin la sonde élastique ordinaire, car M. Verneuil ne pourrait pas prouver que c'est par l'ulcération dont il nous a parlé que s'est faite l'infection purulente.

M. VERNEUIL. Je crains bien, cependant, que la sonde que j'ai fait porter à mon malade n'ait été au moins l'une des causes de sa mort. Je suis, d'autre part, disposé à croire à la possibilité de la perte de l'orifice uréthral dans la plaie, tous les auteurs ont beaucoup insisté sur cet accident ; aussi ne puis-je pas hésiter à adopter pour tous les cas un procédé qui me met à l'abri de semblables éventualités.

M. DEMARQUAY. Il est très-difficile de maintenir une sonde dans la vessie quand la verge est coupée au ras du pubis, la sonde en caoutchouc en particulier : il suffit que la vessie soit contractile pour qu'elle soit chassée dans la portion membraneuse de l'urèthre. Vous augmentez d'autant les chances d'inflammation par la présence du corps étranger, et la sonde en caoutchouc n'a ici à se prévaloir de rien, car mieux que toute autre elle détermine des uréthrites intenses, je l'ai encore constaté ce matin. J'ajouterai, puisque ce point a été soulevé, que je crois à la possibilité de la perte de l'urèthre dans la plaie, bien que je ne puisse m'appuyer que sur des faits qui ne m'appartiennent pas, mais qui ont été vus par Béclard, Rennes, etc.

M. FOLLIN. M. Demarquay insiste sur la possibilité de la perte de l'urèthre dans la plaie ; il cite à l'appui des faits bien connus, il est vrai, mais contestables ; il s'agit d'ailleurs à la fois de démontrer la réalité de l'accident et son importance, il faudrait qu'il fût prouvé que le retrait de l'urèthre, s'il est vrai qu'il ait été observé, s'oppose à la miction, ce qui ne l'est en aucune façon.

M. CHASSAIGNAC. J'ai eu dernièrement dans mon service un homme que j'ai gardé trois mois en observation. Il avait été opéré par les caustiques, mais les corps caverneux restaient indurés et manifestement malades jusqu'à leur racine. J'opérai alors avec l'écraseur et j'abrasai aussi profondément que possible ; j'agissais, en somme, au fond d'une sorte de godet : je n'ai jamais mis de sonde à demeure, cet homme a parfaitement uriné, et l'orifice de l'urèthre n'a jamais été perdu de vue.

M. VOILLEMIER. Il m'est arrivé une seule fois d'amputer très-profondément la verge pour un cancer. J'incisai même le scrotum pour m'éloigner le plus possible des limites du mal. Je ne puis dire que je n'ai pas perdu l'urèthre de vue, car je ne m'en suis en aucune façon inquiété, le malade urinait toujours très-facilement. Ce malheureux mourut six mois après de récidive. Je crois donc que quand on veut mettre quand même une sonde, on agit en pure perte; les opérés urinent librement, il faut s'abstenir.

COMMUNICATIONS.

Corps étranger dans l'urèthre.

M. MOREL-LAVALLEE. S'il est quelquefois difficile de faire pénétrer une sonde dans l'urèthre, il peut être non moins difficile de l'en faire sortir. Il s'est présenté hier, dans mon service, un homme atteint de rétrécissement de l'urèthre, autrefois traité par la dilatation, et qui avait conservé la bonne habitude de se passer des sondes. Peu attentif sans doute, il laissa disparaître complétement dans le canal la sonde qu'il s'était introduite comme d'habitude, et après avoir attendu en vain toute une journée, il vint à l'hôpital le lendemain. Quelques tentatives avaient été faites hier à l'aide de pinces de trousse; mais bien que l'on sentît parfaitement l'extrémité de la sonde à la racine de la verge, au milieu des bourses, on ne put saisir le corps étranger. J'essayai moi-même avec ces instruments, mais inutilement. Sans vouloir recourir aux instruments spéciaux que mes internes s'étaient procurés, j'eus alors l'idée de me servir d'une petite manœuvre que je crois nouvelle, car je ne l'ai vue employer par personne, et je ne sache pas qu'elle soit décrite dans les livres. Je fixai solidement la sonde, que je saisis entre le pouce et l'index de la main gauche, un peu en arrière de son extrémité libre; puis de la main droite je me mis en devoir de refouler la portion antérieure de l'urèthre sur la sonde, de manière à le raccourcir et à l'accommoder en quelque sorte à la longueur de la partie saillante du corps étranger. A mesure que je plissais l'urèthre, je le saisissais entre le pouce et l'index de la main gauche, et le pinçais solidement sur la sonde. J'aurais pu, je crois, rendre ainsi visible à l'intérieur le corps étranger; mais le malade se plaignait fort d'avoir la peau pincée. Aussi, quand la fosse naviculaire eut été amenée au niveau de l'extrémité de la sonde, j'introduisis une pince, et saisis avec la plus grande facilité le bout de la sonde, que j'amenai tout entière au dehors. Cela fut d'autant plus facile qu'une de mes mains fixait le corps étranger, tandis que l'autre manœuvrait la pince. Le procédé est simple, inoffensif et facile à exécuter. Je le crois nouveau ; aussi ai-

je cru devoir vous le communiquer. Je ne voudrais pas le nommer le procédé du *passe-lacet*, quoique cette comparaison en donne une idée très-exacte.

M. VOILLEMIER. Le procédé dont parlé M. Morel appartient, je crois, à tout le monde, et n'a certainement pas le mérite de la nouveauté. Si personne ne l'a décrit ou n'en parle, c'est qu'il faut peut-être quelque effort pour voir un procédé chirurgical dans une manœuvre aussi simple. Pour ma part, je l'ai vu employer et je l'ai mis en usage. La première fois, c'était dans le service de M. Cloquet, où j'étais interne. Je sondais un malade avec une de ces sondes formées de deux pièces réunies par une vis. Je veux retirer l'instrument; la moitié de ma sonde seulement est amenée au dehors. Fort contrarié, je m'empresse tout d'abord de fixer la sonde dans l'urèthre, et pour cela j'introduis le doigt dans le rectum et j'appelle un collègue à mon aide. Grâce à la manœuvre que vient de décrire M. Morel, l'extrémité de la sonde parut bientôt au méat et fut amenée au dehors. Une autre fois, j'ai opéré moi-même. Il s'agissait de deux boucles d'oreilles en forme de boule. L'une d'elles était restée dans l'urèthre ; j'employai le procédé en question, et bientôt elle fut extraite. La seconde était dans la vessie ; il fallut se servir d'un instrument à lithotritier.

M. MOREL LAVALLÉE. Je ne suis pas de l'avis de M. Voillemier, et je crois qu'une manœuvre chirurgicale, quelle qu'elle soit, mérite d'être publiée quand elle est utile. Plus elle sera simple, mieux je la jugerai. J'ai eu l'occasion de consulter autrefois plusieurs de mes collègues ; il s'agissait d'une aiguille enfoncée sous la peau au-dessous du coude. Tous me conseillent d'inciser. Peu satisfait de leur avis, j'imagine de pousser l'aiguille vers les téguments. Je réussis à faire saillir la pointe, et j'extrais le corps étranger. Voilà un bien petit procédé; mais tout petit qu'il soit, il a évité une incision à ma malade, et par cela même il mérite d'être connu.

M. DEMARQUAY. J'ai agi comme MM. Morel et Voillemier pour un porte-plume que s'était introduit dans l'urèthre un individu qui vint un jour dans mon cabinet. J'appelai un confrère, qui fixa le porte-plume en arrière; puis je fis glisser l'urèthre sur le corps étranger, et j'arrivai à l'extraire. Je dois dire cependant que ce ne fut pas sans peine, car la contractilité de l'urèthre me gêna beaucoup dans ma manœuvre.

M. VOILLEMIER. Je n'ai pas contesté l'utilité de la communication de M. Morel; je l'en remercie au contraire; je ne conteste même pas sa priorité. Je profiterai de son exemple pour communiquer aussi une manœuvre particulière que je dus mettre en œuvre un beau jour place Vendôme. C'était au printemps; un individu avait porté chez lui une

jeune branche de l'un des marronniers des Tuileries, et, après avoir enlevé l'écorce, l'avait introduite dans l'urèthre. Je la trouvai faisant saillie à l'extérieur; mais il était impossible de l'extraire, retenue qu'elle était par de petites saillies qui accrochaient la muqueuse uréthrale. L'histoire de Marchettis et son procédé me revinrent bien en mémoire, mais je n'aurais pu glisser un tube entre le corps étranger et les parois de l'urèthre. Je pris alors le parti de couper la branche assez près de la verge, et de la briser sur place en introduisant à plusieurs reprises un stylet dans son centre. Je pus enlever ces fragments dont j'avais en quelque sorte fait des allumettes.

M. GIRALDÈS. Les corps étrangers de l'urèthre sont bien fréquemment observés chez les enfants, et le procédé de M. Morel se présente si bien à l'esprit de chacun, il est si bien dans la pratique commune, que je l'ai vu employer et que je l'ai mis en usage. C'est ainsi que j'ai pu dernièrement extraire un caillou de forme irrégulière profondément introduit dans l'urèthre.

M. MOREL-LAVALLÉE. Ce procédé est, je le crains bien, moins connu que ne le supposent mes collègues; je l'ignorais, et il n'est venu à l'esprit de personne dans le cas dont j'entretiens la Société. Je me félicite donc d'attirer sur lui l'attention; les malades y trouveront leur avantage. Je soumettrai encore à M. Voillemier l'observation suivante. Lorsque je ne puis trouver la lumière d'un rétrécissement, je pince le méat sur la bougie que j'ai amenée à son contact, et je commande au malade d'uriner. L'urèthre se distend, et il est rare que je ne puisse pas passer. Si M. Voillemier avait agi de la sorte, peut-être le corps étranger aurait-il été poussé au dehors par l'urine.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Résection du maxillaire supérieur.

M. RICHET. Je viens montrer à la Société la malade dont j'ai parlé dans la dernière séance. C'est dans le but de rendre mes collègues juges du peu de difformité que présente la malade que je la leur ai amenée. Je ne crois pas me tromper en disant que ce fait témoigne de l'inutilité de la conservation du périoste. Non-seulement la joue est bombée, et le lambeau génien parfaitement soutenu par les portions osseuses conservées, mais l'on peut voir qu'il est doublé d'une sorte de plan épais, de consistance fibreuse, qui va de l'os de la pommette à la portion du bord alvéolaire que j'ai conservé. Au point de vue de la récidive, la malade me paraît d'ailleurs être jusqu'à présent dans les meilleures conditions.

M. VERNEUIL. Rien ne peut égaler la beauté du résultat obtenu, et la sécurité est aussi grande que possible. Je ferai seulement remarquer que dans l'opération de M. Ollier l'enlèvement du périoste de la face antérieure du maxillaire a été simple et rapide.

M. DEMARQUAY. Je dois joindre mes félicitations à celles de mes collègues. Déjà j'étais convaincu que le chirurgien devait conserver du maxillaire tout ce qui était conservable, ce remarquable résultat me fortifie dans mes convictions.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Tumeur fibro-graisseuse de la grande lèvre droite.

M. DEMARQUAY montre une tumeur qu'il vient d'enlever et remet la note suivante :

Mlle D..., âgée de vingt-quatre ans, d'une forte constitution, jouit d'une santé parfaite. Ses règles, toujours régulières et abondantes, sont accompagnées d'un grand malaise : douleurs de reins, vomissements.

Il y a cinq ans, elle fit une chute sur un vase de porcelaine, qui se brisa ; les bords tranchants lui coupèrent la grande lèvre droite. C'est à cette blessure que la malade attribue le développement de la tumeur qui l'amène maintenant à la Maison de santé.

Quoi qu'il en soit, elle découvrit, il y a un an, sur la cicatrice une petite tumeur grosse comme une noisette, molle, un peu élastique, roulant sous le doigt, indolore. Cette tumeur augmenta peu à peu et arriva en janvier dernier au volume d'une noix. Maintenant (juillet 1864) elle a tout à fait l'apparence et les dimensions d'un scrotum ; elle est suspendue au milieu de la grande lèvre, sans ligne de démarcation ; la peau est flasque, normale, privée de poils, très-riche en follicules sébacés, qui donnent naissance à de nombreuses petites tannes. En la palpant, on sent quelques nodosités ou lobules, sensation qui rappelle celle du varicocèle.

La tumeur ballotte entre les fesses de la malade; elle est sujette à des variations de volume augmentant par la marche, les fatigues, et à chaque époque menstruelle ; alors elle paraît se remplir de masses graisseuses inégales qui se dessinent et peuvent être vues aussi bien que palpées à travers les téguments. Quelquefois elle diminue par le retrait de son contenu, la peau devient alors flasque, ridée, et les parois opposées peuvent s'appliquer l'une contre l'autre.

Le 4 juillet, la tumeur est enlevée avec des ciseaux ; les bords de la plaie sont réunis avec des points de suture.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Pour le secrétaire, F. GUYON.

Séance du 20 juillet 1864.

Présidence de M. Richet.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les journaux de la semaine.

— M. Robert Adams, membre correspondant étranger, fait hommage à la Société d'un ouvrage intitulé : *On rheumatic gout,* avec un atlas de planches.

— M. le docteur Panas écrit pour être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

— M. Rafael Herrera Vegas, du Venezuela, demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant étranger, et adresse à l'appui de sa candidature sa thèse pour le doctorat en médecine : *Étude sur les kystes de l'ovaire et l'ovariotomie.*

A propos du procès-verbal, M. Dolbeau fait les observations suivantes :

J'ai écouté avec le plus vif intérêt tout ce qui a été dit dans la dernière séance sur les accidents consécutifs à l'amputation de la verge.

En suivant cette discussion, j'ai été frappé de la contradiction des résultats qu'elle a fournis et des enseignements que nous donnent les livres classiques sur ce sujet. Tout d'abord j'ai remarqué, non sans quelque étonnement, qu'à l'exception du malade de M. Follin, aucun des amputés de la verge cités par nos collègues n'a été atteint de récidive, quoique l'opération ait été pratiquée pour des cancers et que les malades aient été revus assez longtemps après l'extirpation du mal; le cancer de la verge serait-il moins sujet à récidiver que celui des autres régions du corps ?

Jamais on n'a pris de précaution particulière, et toujours l'ouverture uréthrale a pu être retrouvée facilement, contrairement encore à ce qui est dit dans la plupart des ouvrages de chirurgie.

Enfin ces mêmes ouvrages parlent longuement de l'influence de cette mutilation sur le moral des opérés. Aucun des malades signalés ici n'a présenté la moindre tendance à la mélancolie suicide.

J'ajouterai maintenant, relativement à la malade présentée par M. Richet, que je ne comprends pas bien dans ce cas l'incision courbe partant de la commissure labiale. Il me semble qu'on aurait pu chercher à éviter la difformité à laquelle elle donne lieu.

Quant à la guérison complète, je conserve quelques doutes à cause de l'existence d'un mamelon, du volume de l'extrémité du pouce, d'apparence suspecte, qu'on aperçoit à la base du crâne.

M. RICHET. Pour ce qui est du mode opératoire, je dirai tout de suite que cette malade ayant déjà subi trois opérations suivies de récidive, ce qui m'a surtout préoccupé, c'est le désir d'enlever le mal dans sa totalité ; c'est pour cette raison que je n'ai pas hésité à sacrifier l'élégance à la sécurité, dans un cas où l'ostéochondrome était tellement volumineux qu'il avait produit une double exophthalmie. Avec le temps, d'ailleurs, la difformité restante s'atténuera beaucoup.

Quant au mamelon dont parle M. Dolbeau, il est tout au plus comme l'extrémité du petit doigt, et il ne m'inspire pas les mêmes craintes qu'à lui, attendu que j'en ai enlevé un petit morceau qui, examiné au microscope, n'a présenté d'autres éléments que ceux du tissu cicatriciel. Je suis donc disposé à regarder ce mamelon comme un simple bourrelet de cicatrice qu'on pourra toujours surveiller facilement à travers l'ouverture laissée par l'opération.

M. DOLBEAU remercie M. Richet des nouveaux détails qu'il vient de donner, et ajoute qu'il existe dans les archives de la science deux autres observations analogues à la sienne : l'une appartient à Muller et la pièce est déposée dans un des musées de Londres ; l'autre a été signalée par M. Hirschfeld dans les *Comptes rendus de la Société de biologie.*

M. DEGUISE. A l'appui des remarques faites par M. Dolbeau sur les conséquences de l'amputation de la verge, je dirai qu'on a singulièrement exagéré la fréquence de la monomanie suicide dans ces cas, car depuis vingt et un ans que je suis attaché à la maison de Charenton, je n'ai pas vu un seul amputé de la verge entrer dans cet hospice pour cause de mélancolie suicide.

COMMUNICATION.

M. VERNEUIL, au nom de M. Aubry (de Rennes), communique les deux observations suivantes.

Immobilité de la mâchoire survenue à la suite de la cicatrisation d'une large perte de substance des lèvres et de la face. Section de l'os par la méthode de Rizzoli : guérison constatée un an après l'opération.

Ch..., âgé de treize ans, de Guignen (Ille-et-Vilaine), est employé dans une ferme en qualité de berger. Dans le déclin d'une fièvre typhoïde, il fut atteint, en 1859, d'une gangrène des parois de la

bouche. Quand la cicatrisation fut achevée, la mâchoire inférieure s'immobilisa.

Le 25 mai 1863, il entre à l'Hôtel-Dieu de Rennes, pour y être traité de cette infirmité, et je le trouve dans l'état suivant : la santé générale est satisfaisante ; il y a peut-être un peu de maigreur et de petitesse de la taille.

La joue gauche et une portion des lèvres sont remplacées par une ouverture qui laisse voir les parties sous-jacentes ; cette ouverture est limitée en arrière, au niveau du bord antérieur de la branche de la mâchoire ; en haut, par une ligne horizontale menée au niveau de la base du nez, et en bas, par une ligne semblable dirigée au niveau du sillon mento-labial ; la lèvre supérieure manque dans ses deux tiers du côté gauche ; la sous-cloison est détruite ; il ne reste plus que la moitié de la lèvre inférieure.

Le pourtour de cette large perte de substance ne présente pas de brides fibreuses cicatricielles, mais bien un tissu rosé qui unit les parties restantes de la joue aux gencives et aux os maxillaires.

Toute la portion des arcades dentaires, visible à travers la perte de substance de la joue et des lèvres, a subi une déviation telle, qu'il reste entre elles un espace elliptique, dont la partie la plus large répond à une ligne verticale qui serait abaissée de la première molaire supérieure gauche à la première molaire inférieure du même côté ; cet espace mesure 3 centimètres. A l'angle postérieur, la troisième molaire supérieure est en contact avec la troisième molaire inférieure. A travers cette ouverture elliptique, circonscrite par les arcades dentaires, on aperçoit le bord et une portion de la face supérieure de la langue ; c'est par cette ouverture que les aliments sont introduits ; ils se composent principalement de soupe, de bouillie et de viande hachée.

Dans leur partie droite, les arcades dentaires se touchent.

La mâchoire inférieure se meut à peine ; au niveau des incisives, elle s'abaisse tout au plus de 3 millimètres, et ses mouvements ne permettent pas la mastication ; une certaine quantité de salive s'écoule involontairement. La prononciation est difficile ; on parvient cependant, avec un peu d'attention et en faisant répéter les mots, à comprendre les réponses.

En présence de ces désordres, je pensai avoir à remplir deux indications : 1° mobiliser la mâchoire ; 2° fermer par un procédé autoplastique la perte de substance des parties molles. Chacune de ces indications me parut réclamer une opération distincte et séparée ; je ne m'occupai donc que de rétablir les mouvements de la mâchoire, sauf à procéder plus tard à la réparation de la joue.

Guidé par la lecture du remarquable travail inséré, en 1860, par M. Verneuil, dans les *Archives de médecine*, et par la connaissance des faits consignés dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, je me décidai à recourir à la section simple du corps de la mâchoire, sans perte de substance, en d'autres termes, au lieu d'imiter Esmarck, je procédai comme Rizzoli, m'efforçant, par des pansements appropriés, de maintenir les deux fragments écartés, convaincu que j'étais que ces précautions consécutives à l'opération constituent la principale condition de réussite.

Manuel opératoire, 8 juin 1863 :

1° A la jonction du tissu cicatriciel et de la gencive, une incision légèrement courbe, à concavité supérieure, est conduite depuis l'incisive latérale gauche jusqu'à la troisième molaire ; il en résulte un petit lambeau, qui est disséqué de haut en bas jusqu'au-dessous du bord inférieur du corps de la mâchoire.

2° Section de cet os au niveau de l'espace qui sépare les deux premières molaires. Pour cela, l'une des branches d'une forte pince ostéotome, coudée suivant ses bords, est engagée derrière l'os et poussée à travers le plancher de la bouche ; puis, par une pression énergique, les lames sont rapprochées l'une de l'autre, et une section verticale assez nette partage le corps de la mâchoire en deux parties : l'une postérieure, qui continue de rester immobile ; l'autre antérieure, mobilisable.

L'artère dentaire fournissant du sang, une boulette de cire est écrasée sur l'orifice osseux du canal dentaire ; pas de ligatures.

3° Mobilisation du fragment antérieur ou droit : Saisissant le maxillaire inférieur au niveau du menton, je l'écarte du maxillaire supérieur et je parviens à l'abaisser de 3 centimètres, au niveau des incisives qui se touchaient avant l'opération. Je fus alors frappé d'une chose, c'est que la section de l'os n'avait pas complétement rendu libre la portion droite de la mâchoire ; j'éprouvais une résistance notable à abaisser cette portion, comme si elle était retenue par les muscles élévateurs ou par une ankylose incomplète de l'articulation temporo-maxillaire du côté droit. Après avoir effectué quelques mouvements pour vaincre cette résistance, je plaçai entre les deux surfaces de la section un bourdonnet de charpie assez épais pour les isoler entièrement l'une de l'autre.

4° Je me bornai pour tout pansement à couvrir la plaie de linge fenêtré enduit de cérat, de charpie et d'une fronde. Des bouillons et du lait furent administrés dans la journée, et le soir on fit prendre 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

Le 9, un coin de bois est engagé entre les petites molaires du côté droit.

Le 10, pas d'accidents ; pansements journaliers ; interposition de charpie entre les fragments ; on communique des mouvements à la mâchoire. — Continuation de l'emploi du coin de bois pendant quelques heures chaque jour.

Le 11, la plaie des parties molles est grisâtre, fétide. On en touche les bords avec un pinceau de charpie imbibé de coaltar saponiné. Les jours suivants la plaie prend un meilleur aspect ; les mouvements communiqués à la mâchoire et ceux que l'opéré exécute spontanément sont beaucoup moins douloureux. On a soin, à chaque pansement, de passer une spatule entre les surfaces osseuses, mais l'on ne place plus de charpie entre elles que tous les deux jours.

Du 15 au 25 juillet, l'alimentation est augmentée; la mastication devient assez bonne pour permettre à l'opéré de manger du pain et de la viande. On continue chaque matin à communiquer des mouvements à la mâchoire ; on passe la spatule entre les surfaces osseuses, et tous les deux jours on y laisse un bourdonnet de charpie. Malgré ces précautions, on remarque dès le 20 juillet que des bourgeons charnus se sont étalés, unis d'un côté à l'autre, dans l'angle inférieur de la section osseuse, et le 25 juillet, quand le malade quitta l'hôpital, il existait dans la moitié inférieure de l'intervalle des deux fragments une sorte de pont de tissu cicatriciel rosé, muqueux, établissant entre eux une continuité incomplète ; dans la moitié supérieure, au contraire, il y a simplement contiguïté entre les surfaces.

Je me proposais de diviser la bride muqueuse cicatricielle, et j'aurais vivement désiré continuer plus longtemps les manœuvres destinées à maintenir la pseudarthrose ; mais je dus céder aux instances du malade. Il sortit donc le 25 juillet avec la recommandation de faire de fréquents mouvements de la mâchoire, et de continuer à placer un coin de bois entre les arcades dentaires.

J'ai revu le jeune Ch... au mois de janvier 1864, sept mois après l'opération ; quoiqu'il soit péniblement affecté de la perte de substance de la joue, il témoigne énergiquement la satisfaction qu'il éprouve de pouvoir se livrer à la mastication avec facilité ; entre les molaires, qui se touchaient avant l'opération, on peut introduire le bout du doigt.

En étudiant les mouvements de la mâchoire, je suis frappé d'une chose : outre le mouvement d'arc de cercle décrit par cet os, mouvement qui est d'autant plus étendu qu'on l'examine plus loin du centre de mouvement, on voit que la portion du maxillaire *qui est libre décrit un mouvement de torsion par suite duquel les molaires s'écartent.*

Je ne puis donner une meilleure idée de ce mouvement qu'en le comparant à cet abaissement des côtes dans la respiration que Gerdy a comparé au mécanisme de l'anse d'un seau.

L'étendue des mouvements de la mâchoire est donc suffisante pour la mastication.

La plaie des parties molles s'est bouchée par cicatrisation par troisième intention, et la salive ne coule pas plus qu'avant l'opération.

Quant à la section de l'os, voici ce qui s'est passé : une bride d'un tissu fibro-muqueux, longue de 12 ou 15 millimètres, réunit les deux bouts de l'os, mais elle ne s'oppose pas aux mouvements de la partie droite; disons cependant que les mouvements de torsion en anse de seau ajoutent encore à l'étendue de ceux qui se passent dans la pseudarthrose.

Craignant que la bride fibro-muqueuse unissant les deux fragments ne vînt à s'ossifier, je n'ai pas voulu tenter encore la réparation de la joue, afin de conserver la possibilité de sectionner la bride si cela devient nécessaire.

État de l'opéré le 8 juin 1864. — Voici ce que m'écrit à cette date M. Aubrée, officier de santé à Guignen :

« J'ai vu votre opéré dimanche dernier, et j'ai constaté que :

1° Les mouvements de la mâchoire s'exécutent facilement et même beaucoup mieux que dans les premiers temps de l'opération;

2° On peut introduire facilement le doigt indicateur entre les deuxièmes molaires du côté droit;

3° L'opéré mange du pain et de la viande comme le premier venu;

4° Malgré une perte de salive assez notable (qui existait avant l'opération), l'enfant se porte très-bien, et témoigne son contentement d'avoir été opéré.

Obs. II. — **Immobilité de la mâchoire; section du corps de l'os par la méthode de Rizzoli. Mort survenue cinq semaines après, par une cause étrangère à l'opération (scarlatine, anasarque).**

Le 17 janvier 1864, entrait dans le service de la clinique chirurgicale de l'École de médecine de Rennes, la nommée G..., âgée de vingt-six ans, journalière habitant la campagne.

Dix ans auparavant, à la suite d'une fièvre typhoïde, elle fut atteinte d'une gangrène de la joue gauche, qui a eu pour double conséquence une vaste perte de substance du visage et l'immobilité de la mâchoire inférieure. On a vainement essayé de lutter contre cette rétraction, par l'interposition de coins de bois entre les arcades dentaires.

Lors de l'entrée de la malade, nous constatons les faits suivants : embonpoint ordinaire, rien dans l'état extérieur n'annonce l'insuffisance de la nutrition; cependant la mastication se fait très-incomplétement, avec lenteur et une gêne extrême. La prononciation est très-imparfaite, de temps à autre la salive s'écoule; la jeune fille désire vivement, en raison de ces faits, être soumise à une opération propre à mobiliser la mâchoire.

La perte de substance de la joue et des lèvres a beaucoup d'analogie avec celle que nous avons observée sur le premier opéré. Elle comprend la moitié gauche des deux lèvres, s'étend en arrière jusqu'au masséter, qui semble en partie remplacé par du tissu cicatriciel. Les parties molles qui entourent l'ouverture sont unies aux os maxillaires, de telle sorte que les gencives et les dents correspondantes sont à nu.

Rapports des arcades dentaires. — Ces rapports diffèrent suivant qu'on les étudie :

1° Depuis les incisives latérales gauches jusqu'à l'angle postérieur de la perte de substance;

2° Au niveau des incisives;

3° Au niveau des molaires droites.

a. Dans le premier point, la canine inférieure et les deux premières molaires sont placées sur le même plan vertical que les dents correspondantes de la mâchoire supérieure : ces dents s'engrènent comme les dents d'une scie; les inférieures sont reçues entre les supérieures, et les supérieures entre les inférieures.

b. Au niveau des incisives, la disposition n'est plus la même : les dents inférieures sont sur un plan postérieur par rapport aux incisives d'en haut; en outre, le bord libre des premières dépasse de 4 ou 5 millimètres en hauteur le bord libre des secondes : il y a chevauchement.

c. Au niveau des molaires droites, il existe entre les deuxième et troisième molaires supérieures et les mêmes dents de la mâchoire inférieure, un vide où le petit doigt peut presque s'engager. Ce vide semble résulter de l'usure des deux dents inférieures; du moins la couronne de ces dents est-elle beaucoup moins haute qu'à l'état normal; cet espace, qui permet l'introduction des aliments et des boissons, peut se rétrécir légèrement par suite des quelques mouvements qu'a conservés la mâchoire. Au reste, la malade ne fournit aucun renseignement satisfaisant pour expliquer cette disposition grâce à laquelle la préhension des aliments et leur trituration incomplète peuvent s'effectuer.

Je crus devoir, comme pour le jeune Ch..., me borner d'abord à

tenter le rétablissement des mouvements de la mâchoire, sauf à voir plus tard s'il serait possible de fermer la perte de substance de la joue. Encouragé par ma première opération, j'adoptai la méthode de Rizzoli, que j'exécutai le 29 janvier 1864, de la manière suivante :

1° Incision horizontale du tissu cicatriciel depuis l'incisive latérale gauche jusqu'à la troisième molaire;

2° Incision verticale divisant les tissus jusqu'à l'os et formant avec la première incision la figure d'un T;

3° Dissection des deux lombeaux et mise à nu du corps de la mâchoire, au-dessous de l'intervalle qui sépare les deux premières molaires;

4° Une des lames d'une forte pince ostéotome est engagée en arrière du maxillaire inférieur et traverse le plancher de la bouche en rasant l'os; puis j'essaye de sectionner la mâchoire. Celle-ci opposant une résistance insurmontable, je suis forcé de renoncer au moyen qui m'avait réussi chez mon premier opéré, pour recourir à l'emploi d'une petite scie ordinaire, avec laquelle je pratique la section de dehors en dedans, jusqu'aux deux tiers de l'épaisseur de l'os. J'achève la division avec la pince ostéotome;

5° Abaissement du fragment mentonnier. Comme dans le cas précédent, je constate que ce mouvement ne s'opère pas sans une résistance assez notable. Pas d'écoulement de sang nécessitant l'intervention du chirurgien.

Le pansement est dirigé d'après les mêmes principes que dans la première opération; c'est-à-dire que je me garde bien de réunir les bords de la plaie; un tampon de charpie est soigneusement introduit entre les surfaces osseuses pour les maintenir écartées; un linge troué, de la charpie, une fronde, complètent le pansement.

Chaque jour je communique des mouvements aux fragments, et je change la charpie qui sert à les séparer; il ne survient rien de particulier, il y a peu de douleur; la malade est alimentée avec des potages et de la bouillie.

Le 6 février, des bourgeons charnus recouvrent les surfaces osseuses; *à l'aide d'un bistouri boutonné, j'en pratique l'abrasion sur chacun des fragments*, et je remarque que cette opération provoque de la douleur sur le fragment postérieur, tandis qu'elle est indolore sur le fragment antérieur, phénomène qui s'explique par la section du nerf mentonnier.

Même mode de pansement jusqu'au 22 février; à cette date, je rugine de nouveau les bourgeons charnus qui se sont reformés sur les surfaces osseuses.

Le 25, la malade accuse un frisson, du malaise, de la perte d'appétit et de la douleur à la gorge.

Le 27, même état. De plus, la peau de la région sous-maxillaire et du cou est le siége d'une rougeur assez vive qu'on est tenté de trouver semblable à celle de la scarlatine. On néglige d'examiner la peau des autres parties du corps; et comme il n'existe pas à ce moment d'épidémie de scarlatine à l'hôpital, on considère ces accidents comme étant dus à un état érysipélateux. On suspend l'interposition de charpie entre les fragments. Des cataplasmes sont appliqués sur la région malade.

Le 4 mars, la rougeur du cou a disparu ; mais l'opérée est oppressée, les paupières paraissent légèrement bouffies. On examine les membres, et l'on reconnaît une anasarque aiguë. Le pouls est fréquent (110 pulsations) ; râle sous-crépitant à la base des deux poumons. Par l'acide nitrique, on constate dans les urines la présence d'une grande quantité d'albumine.

Le 5, l'œdème a augmenté ; les traits sont profondément altérés ; la dyspnée est extrême, l'asphyxie imminente. La mort arrivo le 7 mars.

Autopsie trente-quatre heures après la mort.

Tout le corps est le siége d'un gonflement considérable. L'œdème me paraît offrir un caractère singulier : le doigt laisse à peine son empreinte. Les tissus infiltrés sont plus denses, plus résistants que dans l'anasarque qui accompagnerait une maladie du cœur ou une néphrite albumineuse. Le péritoine, les plèvres, le péricarde et les synoviales des genoux, renferment une notable quantité de sérosité citrine. Les poumons renferment aussi beaucoup de sérosité spumeuse ; leurs lobes inférieurs présentent, en outre, les caractères de l'hépatisation rouge. Dans le crâne, les cavités séreuses contiennent une petite quantité de sérosité.

D'après la marche de cette anasarque, survenue quelques jours après une rougeur de la peau du cou qui fit d'abord naître l'idée d'une scarlatine, je ne doute pas que la mort inopinée de cette malade ne soit étrangère à l'opération qu'elle a subie, et qu'il ne faille l'attribuer à une affection scarlatineuse intercurrente.

Si cette observation ne peut servir à établir la possibilité de maintenir indéfiniment la mobilité de la mâchoire à la suite de la section de cet os, elle prouve du moins, contrairement à l'opinion émise par M. Huguier au sein de la Société de chirurgie (séance du 18 février 1863), qu'il est facile de maintenir un corps étranger entre les fragments.

J'ajouterai que pendant les cinq semaines qui ont suivi l'opération la malade a conservé la mobilité de la mâchoire, et qu'à partir du quinzième jour environ, elle commençait à exercer d'une manière satisfaisante la mastication et la prononciation.

Comme chez le premier opéré, j'ai noté ici le mouvement en anse de seau.

Il n'est peut-être pas hors de propos de rappeler que chez la fille G..., pour maintenir l'indépendance des surfaces osseuses, je ne me suis pas borné à leur interposer de la charpie et à communiquer des mouvements à la mâchoire, mais qu'à deux reprises différentes j'ai détruit les bourgeons charnus qui se développaient sur elles. Je crois donc utile d'engager les chirurgiens à diriger tous leurs efforts contre cette réunion fibro-muqueuse qui tend à s'établir entre les fragments, mais qui cependant n'a pas jusqu'à présent compromis le résultat de l'opération chez mon premier malade.

Si je ne me trompe, on ne connaissait pas encore un seul cas de réussite par l'opération d'Esmarck, ni par celle de Rizzoli, entre les mains des chirurgiens français, et mon observation du jeune Ch... serait la première de ce genre, puisque les *Comptes rendus* des séances de la Société de chirurgie ont fait connaître l'insuccès des tentatives faites par MM. Bauchet, Marjolin, Deguise et Boinet; et si j'ai été plus heureux que mes honorables collègues, c'est que la lecture attentive de leurs observations et des savantes discussions auxquelles elles ont donné lieu, m'avait convaincu de la nécessité de chercher surtout à combattre la soudure par les manœuvres diverses auxquelles j'ai eu recours.

M. Verneuil, après avoir donné lecture de ces deux obrervations, s'efforce de faire ressortir l'intérêt particulier qu'elles lui semblent présenter à cause des modifications que M. Aubry a fait subir aux procédés d'Esmarck et de Rizzoli. Ces modifications consistent surtout dans la non-réunion des parties molles, qu'il laisse isolées pour ne les réunir que plus tard, alors qu'après avoir fait la section de l'os et avoir empêché les fragments de se souder de nouveau, il a assuré la mobilité de la mâchoire inférieure. Ainsi donc, la réussite est possible à la condition de ne pas réunir les lèvres de la plaie superficielle.

M. BOINET. A propos des observations intéressantes que vient de nous adresser M. Aubry, je dirai que la petite fille présentée par moi il y a un an, va toujours très-bien. Je compte la remettre prochainement sous les yeux de la Société.

— M. BROCA présente au nom de M. Goyrand (d'Aix) une pièce pathologique qui, sans être très-rare, offre cependant un certain intérêt, à cause de la forme singulière qu'affecte la production acci-

dentelle. Il s'agit de deux cornes développées sur un cancroïde de la lèvre inférieure. Le malade à qui elles ont été enlevées, le 11 juillet 1864, était un homme âgé de cinquante-six ans.

Deux opinions, ajoute M. Broca, se sont produites au sujet de l'origine de ce genre de tumeur. Dans l'une, on pensait qu'elles se développaient primitivement sous forme de production cornée, dégénérant ensuite en épithélioma. Dans l'autre, on croit que de la surface d'un épithélioma s'élèvent consécutivement une ou plusieurs cornes de volume variable, ainsi que l'a indiqué Ledran.

Dans le cas envoyé par notre collègue, il est difficile de se prononcer sur le mode d'origine des tumeurs cornées, qui sont au nombre de deux : l'une en forme d'ergot de coq, l'autre recourbée autour de la première, à la manière d'une corne de bélier, toutes deux reposant par leurs bases sur un épithélioma qui avait pour siége le bord libre de la lèvre inférieure et une petite partie de la face cutanée de cet organe. Une incision en V a enlevé la totalité du mal.

M. Broca rappelle, en terminant, une observation analogue présentée, il y a une dizaine d'années, à la Société de chirurgie, par M. Huguier. Il s'agissait dans ce cas d'une tumeur épithéliale sur laquelle l'épiderme desséché avait pris la forme d'une corne.

L'un des secrétaires, Dr Guyon.

Séance du 27 juillet 1864.

Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit plusieurs demandes de congés faites par MM. Morel-Lavallée, Richard, Legouest, Jarjavay et Guyon.

— Les journaux de la semaine; une brochure de M. Giraldès extraite du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (article *Acupressure*).

— Une lettre de remercîment adressée par MM. les internes de Bicêtre, à propos de l'envoi des *Bulletins de la Société de chirurgie* pour la bibliothèque fondée dans cet hospice.

— Enfin, la lettre suivante de M. Ollier. **Résection du maxillaire supérieur.**

Lyon, 26 juillet 1864.

Monsieur le président,

J'applaudis, comme tous nos collègues, au beau succès que vous avez obtenu sur la malade à qui vous avez enlevé le maxillaire supérieur pour l'extirpation d'une tumeur de la cavité naso-pharyngienne. Vous avez pratiqué une opération qui n'a laissé que peu de traces; la forme régulière du visage a été maintenue, et comme pour obtenir ce résultat vous n'avez pas conservé le périoste, vous en concluez que la conservation du périoste, que je préconise en pareil cas, est une complication opératoire inutile.

Permettez-moi de vous soumettre à ce sujet quelques réflexions qui légitimeront à vos yeux, je l'espère, mon procédé.

Si j'attache une importance réelle à la reproduction d'un arc osseux pour remplacer la partie externe du maxillaire, ce n'est pas uniquement en vue des suites immédiates de l'opération, c'est surtout au point de vue de ses suites éloignées. En conservant la portion incisive du maxillaire et l'os de la pommette, on doit avoir pendant six semaines à deux mois un résultat à peu près égal, qu'on ait conservé le périoste ou qu'on l'ait sacrifié. Mais plus tard les os laissés sans soutien se rapprochent en vertu de ce retrait concentrique que subissent toutes les cavités artificielles creusées dans nos tissus. C'est alors que la difformité commence et se prononce de plus en plus jusqu'à ce que l'os, resté suspendu comme une moitié de voûte, rencontre un point d'appui, une résistance qui arrête ce mouvement d'enfoncement ou de retrait. Fournissez-lui, au contraire, un arc-boutant solide au moment où cette inclinaison va se produire, et vous préviendrez tout déploiement ultérieur.

C'est là, Monsieur le président, le but que je veux atteindre, et que j'espère avoir atteint chez mon malade, en faisant ossifier le périoste de la face externe du maxillaire. L'arc osseux de nouvelle formation a empêché l'os malaire de s'avancer vers le nez et de s'enfoncer vers le centre de la cavité laissée par l'ablation du maxillaire.

Je ne puis savoir ce qui arrivera chez votre malade, mais, si j'en crois mes propres observations sur ce point, il est à craindre que dans deux ou trois mois vous ne voyiez l'œil du côté opéré descendre plus bas que celui du côté opposé, et la saillie de la pommette s'effacer sensiblement.

Ce rapprochement des os de la face après certaines opérations a pu faire croire quelquefois à une régénération du tissu osseux, puisqu'au bout de quelques mois on sentait une résistance osseuse là où on

n'avait constaté primitivement que du tissu fibreux. Dès 1858, j'ai appelé l'attention sur ces pseudo-régénérations. Depuis lors, j'ai eu à observer quelques cas de déformations consécutives qui m'ont fait sentir l'importance d'un support osseux qui pût les prévenir. Ce support, je le cherche dans l'ossification du périoste, et cette ossification ne m'a pas fait défaut dans le cas que M. Verneuil a communiqué en mon nom à la Société. J'ai attendu plus de sept mois avant de laisser partir mon malade et d'en publier l'observation, pensant qu'il me fallait au moins ce temps-là pour apprécier les changements qui devaient se produire dans le squelette de la face.

La dissection du périoste de la voûte palatine me paraît au moins aussi utile que celle du périoste de la face externe de l'os, quoiqu'on ne puisse guère espérer qu'une ossification tardive; mais bien que ce lambeau ne s'ossifie pas, il se durcit, il forme un plan transversal fibreux, épais, qui continue la voûte palatine, et qui aidera efficacement plus tard à oblitérer la perforation quand on jugera qu'il n'y a plus de danger pour une repullulation du polype.

Ainsi donc, mon procédé se compose de plusieurs temps qui me paraissent tous d'une utilité réelle, bien qu'à divers points de vue.

1° La conservation de la portion incisive du maxillaire, de la plus grande partie du rebord orbitaire et de l'os de la pommette, empêchera les déformations primitives;

2° La conservation du périoste externe, en permettant la reproduction d'un arc osseux, empêchera les déformations consécutives, et la conservation du périoste du palais facilitera ultérieurement la restauration de la voûte palatine.

Mon observation, comme l'a fait remarquer M. Giraldès, a en outre un intérêt physiologique : elle est une nouvelle confirmation des résultats expérimentaux que j'ai obtenus sur les animaux et que j'ai fait connaître à diverses reprises depuis six ans. MM. Langenbeck (de Berlin) et Michaud (de Louvain) ont du reste vu comme moi le périoste du maxillaire reproduire du tissu osseux. On a cité, il est vrai, des expériences ayant fourni des résultats différents des miens. N'ayant pas à men occuper ici, je me bornerai à vous rappeler les nombreuses pièces que j'ai eu l'honneur de montrer à la Société il y a quelques mois, relatives à la régénération des divers os. Ces pièces, auxquelles l'examen d'un grand nombre de nos collègues a donné toute l'authenticité désirable, démontrent d'une manière positive cette régénération. Si d'autres expérimentateurs ont échoué là où je réussis, ce n'est pas à moi à rechercher la cause de leur insuccès.

Je me bornerai seulement à rappeler ce principe de logique scientifique, à savoir, que de nombreux faits négatifs ne pourraient rien

à la rigueur contre un seul fait positif, et qu'à plus forte raison quelques faits négatifs sont sans valeur contre de très-nombreux faits positifs.

Veuillez agréer, etc. OLLIER.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Tumeur veineuse. — M. GIRALDÈS met sous les yeux de la Société un enfant présentant une tumeur de la région frontale. Cette tumeur semble formée par la superposition de deux fragments osseux. Sous l'influence des efforts, comme par exemple dans l'action de souffler dans les mains, la tumeur se gonfle, puis une légère pression la réduit presque complétement; sa consistance est molle, une piqûre d'épingle en fait sourdre du sang veineux, la position déclive la fait augmenter. On n'y perçoit d'ailleurs aucun battement qui puisse faire songer à une tumeur anévrysmale. Il est probable qu'elle communique avec les sinus de la dure-mère.

M. MARJOLIN. M. Giraldès a-t-il quelques notions sur le mode de production de cette tumeur? Depuis combien de temps existe-t-elle?

M. DEGUISE n'est pas aussi convaincu que M. Giraldès de la communication de cette tumeur avec l'intérieur du crâne. Ce qui fait naître quelques doutes dans son esprit, c'est le souvenir d'un malade qu'il a présenté autrefois à la Société, et chez lequel une tumeur analogue existait sur la joue et n'avait aucune communication avec l'intérieur du crâne. Il lui semble que la tumeur du malade présenté par M. Giraldès serait plus volumineuse si elle communiquait avec les sinus de la dure-mère.

M. DEMARQUAY ne voit pas d'où pourrait venir le sang contenu dans cette tumeur, si ce n'est des sinus de la dure-mère.

M. GIRALDÈS. La tumeur est apparue il y a cinq ans à la suite d'une chute sur le front. Je n'ai pas d'autre renseignement. Quant aux raisons données par M. Deguise pour douter de la communication avec les sinus de la dure-mère, je ne puis les accepter. De ce que chez le meunier présenté par notre collègue cette communication n'existait pas, je ne vois pas pourquoi elle n'aurait pas lieu chez mon jeune malade. D'ailleurs, le volume ne suffirait pas à décider la question.

M. DEGUISE insiste pour faire observer qu'il n'a pas nié la communication avec l'intérieur du crâne, il a seulement émis des doutes. M. Demarquay se demande d'où pourrait venir le liquide s'il ne venait pas de l'intérieur du crâne. Mais je demanderai à mon tour d'où il venait chez mon malade et chez quelques autres dont les tumeurs ne communiquaient évidemment pas avec les sinus de la dure-mère?

M. BROCA. Je ne pense pas qu'on puisse assimiler la tumeur du malade de M. Giraldès avec certaines tumeurs variqueuses de la face et du cou; elle a plutôt de l'analogie avec les anévrysmes. La racine du cou et de la face renferment des veines très-volumineuses, et on comprend facilement la formation de tumeurs variqueuses sans qu'il soit nécessaire d'admettre de communication avec les sinus de la dure-mère. Il n'en est pas de même pour le cuir chevelu. En ce point, la théorie, quand bien même les faits n'auraient pas prouvé la chose, ne permet pas de comprendre la formation de tumeurs veineuses sans communication avec les sinus de la dure-mère.

Puisque l'occasion s'en présente, ajoute M. Broca, je la saisirai pour compléter l'observation d'une jeune fille que j'ai présentée autrefois (1857-1858) à la Société. Elle offrait une tumeur du cou peu réductible, que plusieurs de mes collègues avaient considérée, comme moi, de nature veineuse. Une ponction exploratrice fit sortir du sang veineux. Je renonçai alors à toute opération. Depuis cette époque, la tumeur est restée stationnaire.

M. GIRALDÈS rappelle les caractères qu'il a déjà signalés dans la tumeur du jeune malade; et il ajoute que dans l'examen qui vient d'en être fait par M. Follin, on a pu facilement constater deux choses qui viennent encore à l'appui de l'opinion émise par lui. En effet, on sent sur le point occupé par la tumeur un sillon, une solution de continuité, et la tumeur étant rentrée, on s'oppose à sa reproduction en appliquant le doigt sur ce sillon, quels que soient les efforts qu'on fasse faire à l'enfant.

M. DEGUISE. Si le signe indiqué par M. Follin existe réellement, il n'y a plus à conserver le moindre doute, et je me range à l'opinion de M. Giraldès.

COMMUNICATION.

Fistules vésico-vaginales.

M. DUBOUÉ, membre correspondant, est appelé à la tribune pour donner lecture d'un mémoire considérable sur un nouveau procédé autoplastique ou à lambeaux pour le traitement des fistules vésico-vaginales. En voici le résumé fait par l'auteur lui-même; le mémoire entier sera, d'après la décision prise par la Société et acceptée par M. Duboué, publié dans le prochain volume des Mémoires.

Ce travail, qui sert de complément à un premier mémoire présenté il y a quelques mois à la Société de chirurgie, a pour but d'établir sur quelques observations récemment recueillies la supériorité du procédé autoplastique ou à lambeaux que l'auteur avait déjà proposé de substituer au procédé américain. Ce procédé à lambeaux utilise une notable portion de tissus sacrifiés par les chirurgiens américains

et consiste à dédoubler les lèvres opposées de la fistule, tantôt en avant et en arrière, tantôt sur les parties latérales suivant les cas, et à unir les surfaces saignantes étalées à l'aide d'une suture enchevillée de forme toute particulière.

Loin d'employer, en effet, des tiges rigides ou autres pour maintenir le rapprochement des tissus, l'auteur se sert de petits boutons semi-ovoïdes, percés de deux trous à leurs surfaces plane et convexe, et à travers lesquels on fait passer les fils métalliques, que l'on tord deux à deux ou trois à trois, suivant le nombre de boutons, de chaque côté de la suture. Cette simple modification permet de porter la striction au degré nécessaire sans exposer les lambeaux à se gangrener par une compression trop forte. Aussi la suture peut-elle être laissée longtemps en place sans le moindre inconvénient sérieux, et l'auteur, d'après quelques faits qu'il cite ou qu'il a observés, recommande de la maintenir à demeure pendant quinze jours au moins, et généralement durant une moyenne de temps qui s'élève de dix-huit à vingt jours.

Dans un des cas qu'il rapporte et où des circonstances spéciales pouvaient en faire redouter le séjour prolongé, mais pourtant nécessaire à ses yeux, il n'a pu enlever les fils qu'au bout de quatre semaines révolues, sans qu'il en soit résulté la moindre conséquence fâcheuse.

Le seul inconvénient que puisse produire le séjour prolongé de ces boutons, consiste à donner lieu à des ulcérations plus ou moins profondes, mais qui ne peuvent jamais aller jusqu'à amener la perforation de la cloison vésico-vaginale.

M. Duboué, se guidant, en effet, sur le mode d'action de la suture, donne de ce fait une démonstration qu'il croit rigoureusement vraie, et fait voir que, par la disposition même des tissus avivés et des fils, ceux-ci ont une tendance de plus en plus marquée à diviser les lambeaux de la base au sommet. D'où il résulte que, dans les cas où le tiraillement serait même excessif, les boutons doivent se porter de plus en plus vers la cavité vaginale et s'éloigner de la vessie. Dans la nouvelle position que doivent ainsi acquérir les boutons, ils doivent encore exercer un rapprochement exact d'une notable portion des lambeaux, et par suite assurer de nouvelles chances de guérison, là où des adhérences rompues ne sauraient de nouveau s'établir par le procédé américain.

Les fils devant traverser, dans ce nouveau mode de suture, les angles opposés formés par les lambeaux et les tissus avivés sous-jacents, M. Trélat, dans un rapport auquel avait donné lieu le premier travail, avait attribué au choix d'un pareil trajet des fils un danger

qui aurait été en effet bien redoutable s'il n'avait pu se produire, celui d'exposer les surfaces saignantes à s'écarter l'une de l'autre du côté de la cavité vésicale, et de permettre ainsi à l'urine de s'infiltrer entre les tissus cruentés. Mais M. Duboué, qui, malgré certaines modifications plus apparentes que réelles, n'imprime aux fils qu'un trajet exactement semblable à celui déjà suivi par le procédé américain, démontre l'impossibilité d'un semblable danger en s'appuyant sur la tendance qu'ont les tissus profondément avivés à se porter à la rencontre l'un de l'autre, en vertu de leur propre élasticité. Et un peu plus loin, il fait voir que M. Collis (de Dublin), qui avait de son côté imaginé le même procédé, invoque un argument identique, lorsqu'il dit : « On peut voir (c'est le chirurgien de Dublin qui parle), après » le rapprochement des surfaces avivées à l'aide de la suture enche» villée, que les tissus font relief du côté du vagin, entre les deux » bouts de sonde. Or, il doit en être de même du côté de la vessie, » où les tissus profonds produisent un relief plus considérable, faisant » l'office d'une soupape qui s'oppose à l'issue de l'urine et même au » contact de l'urine avec la plaie. Il y a plus : si les chairs comprimées » entre les deux bouts de sonde viennent à se gangrener, les lam» beaux qui font saillie du côté de la vessie se trouvant à l'abri d'une » pression semblable, échappent ainsi à toute menace de gangrène » et contractent adhérence avant les autres lambeaux, adhérence qui » se maintient, ceux-ci eussent-ils déjà cédé. »

Dans un court aperçu historique, M. Duboué signale enfin, tant dans l'unique observation de Gerdy que dans le mémoire de M. Collis, les raisons souvent identiques invoquées par ces chirurgiens en faveur du nouveau procédé à lambeaux, raisons qui l'avaient déjà frappé de son côté. Le seul changement qui distingue son procédé de celui qu'ils ont eux-mêmes employé, consiste, à part le mode déjà indiqué de suture enchevillée, à combiner l'avivement proprement dit à quelques millimètres au delà des points extrêmes de la ligne de réunion avec le décollement de la cloison vésico-vaginale sur toute la longueur de la fistule.

Tout en appelant la plus sérieuse attention sur un procédé qui lui paraît devoir doubler les chances de succès dans les cas difficiles, M. Duboué expose en terminant les résultats comparatifs qu'il a obtenus jusqu'à ce jour par l'emploi successif de ces deux procédés, et donne ces résultats que nous reproduisons ici comme conclusions de son travail :

I. Sur quatre femmes opérées par le *procédé américain ordinaire*, deux ont guéri d'emblée, et deux ont été très-améliorées :

A. Des deux malades guéries, l'une avait une fistule de très-petite

dimension, et la seconde une fistule moyenne assez profondément située, mais pourtant très-accessible.

B. Sur les deux cas de succès partiel, j'avais affaire, dans l'un, à une fistule large et d'un accès difficile, et il n'est resté que deux petits pertuis ; et dans l'autre cas, il s'agissait d'une fistule très-large, mais favorablement située.

Dans ce dernier cas, la malade a subi trois opérations, dont la première a produit une grande amélioration, la seconde un résultat à peine appréciable, et la troisième pas le moindre.

Ces quatre malades ont donc subi six opérations, dont deux ont réussi, ce qui fait *un tiers de succès complets, eu égard au nombre total d'opérations.*

II. Sur trois femmes opérées par le *procédé à lambeaux*, deux ont guéri d'emblée, et la troisième a été très-améliorée.

A. Chez les deux malades guéries, conditions des plus défavorables. La première était la même femme déjà opérée trois fois par le procédé américain, et chez laquelle les deux dernières opérations pratiquées d'après les mêmes principes n'avaient presque rien produit. La seconde avait une fistule large et profondément située, et de toutes celles que j'ai observées la plus difficilement accessible.

B. La troisième malade, que j'ai dû opérer deux fois, avait une fistule de moyenne dimension et d'un abord à peine difficile, quoique profondément située.

Après la première opération, diminution de moitié de l'ouverture anormale, malgré les mauvaises conditions de santé de la malade et quelques autres circonstances défavorables.

Après la seconde opération, amélioration nouvelle, mais persistance d'un petit pertuis à la suite d'une rupture purement accidentelle de deux des fils métalliques.

Ces trois malades ont donc subi quatre opérations, dont deux ont réussi, ce qui fait la *moitié de succès, eu égard au nombre total d'opérations.*

M. GIRALDÈS. A propos de la communication intéressante faite par M. Duboué, je dirai que depuis plus de deux ans, et cela chez des enfants de tout âge, j'emploie pour l'opération du bec-de-lièvre les sutures métalliques, que je laisse jusqu'à guérison complète, et cela sans aucun inconvénient. Au contraire, j'évite ainsi les ulcérations qu'on observe souvent avec l'emploi des épingles et de la suture entortillée.

M. DUBOUÉ. Je n'ai point eu la prétention d'avoir innové, et je suis heureux de voir M. Giraldès appuyer de l'autorité de son expé-

rience les idées que je viens d'émettre relativement aux sutures métalliques.

M. RICHET. Je n'ai pas toujours vu les mêmes résultats que MM. Giraldès et Duboué dans l'emploi des sutures métalliques. J'ai employé comparativement sur une fistule uréthrale les fils métalliques et les fils de soie : les fils métalliques ont coupé les tissus, les autres ne les ont pas coupés.

M. VELPEAU désire faire observer que l'emploi des sutures métalliques ne doit pas être substitué d'une manière absolue et générale aux sutures ordinaires. Le choix des unes et des autres doit varier dans les différentes circonstances. Dans le bec-de-lièvre, par exemple, j'emploie depuis longtemps la suture entortillée; j'enlève une première épingle le premier jour, une seconde le deuxième. Quant à la troisième et dernière, je la laisse ordinairement en place jusqu'au cinquième et quelquefois jusqu'au sixième jour, et cependant j'observe rarement d'ulcération sur la face cutanée des lèvres. Néanmoins, sans vouloir poser une règle trop générale, je dirai que la chance d'ulcération est d'autant moindre qu'on lève plus tôt les sutures. Quant à la suture de lambeaux minces comme ceux qu'on réunit dans la fistule vésico-vaginale et dans les opérations faites sur la peau de la verge, il me semble que les serre-fines pourraient être employées avec plus d'avantage que les sutures métalliques ou autres.

M. RICHET. J'ai l'habitude, pour les circoncisions, de me servir des serre-fines; mais dans le cas que j'ai rappelé tout à l'heure, il s'agissait d'une restauration uréthrale dans laquelle le tiraillement était trop grand pour que les serre-fines pussent suffire.

M. GIRALDÈS. M. Velpeau a signalé en passant les inconvénients des épingles. C'est précisément à cause de ces inconvénients que j'y ai renoncé. Chez les enfants, quand on enlève les épingles de bonne heure, sous l'influence des cris ou des mouvements de succion, on voit souvent la réunion détruite. Si au contraire on les laisse longtemps en place, elles exercent une pression qui amène quelquefois la gangrène de la peau. Le fil métallique seul n'a pas ces inconvénients, même quand on le laisse très-longtemps.

M. VELPEAU. Ce que vient de dire M. Giraldès prouve que j'avais raison de penser qu'à propos des sutures une règle générale n'était pas applicable. Je comprends que chez les enfants il puisse y avoir avantage à suivre l'exemple de M. Giraldès; mais chez les adultes, qui constituent la majorité de mes opérés, je n'ai que bien rarement observé les accidents signalés par notre collègue, et j'ai vu l'opération être presque constamment suivie de guérison, et cela très-promptement, en moins de huit jours.

Depuis longtemps j'ai supprimé tout autre pansement. Ainsi donc, pour me résumer et répéter ce que je disais en commençant, je crois pouvoir affirmer que les méthodes anciennes et nouvelles peuvent avoir chacune leur application particulière.

M. DUBOUÉ, en terminant, fait remarquer que dans le traitement de la fistule vésico-vaginale, la nécessité d'introduire le spéculum rend plus nécessaire, ou au moins plus utile que jamais, le séjour prolongé des sutures.

— La séance est levée à cinq heures.

L'un des secrétaires : H. BLOT.

Séance du 3 août 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les journaux de la semaine.

— M. Monteil, médecin en chef de l'hôpital de Mende, adresse une Observation d'extraction d'un corps étranger volumineux introduit dans la vessie.

— M. Lisé, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Mans, membre correspondant de la Société de chirurgie, adresse trois observations sur divers points de chirurgie.

Ces travaux seront lus dans une des prochaines séances.

— M. Guersant fait hommage des deux premiers fascicules sur la *Chirurgie des enfants*.

— M. Weber (de Berlin) adresse un résumé de ses recherches cliniques sur les *Maladies de l'oreille*.

A propos de la correspondance, M. Foucher met sous les yeux de la Société un étui de bois retiré de la vessie d'une femme par M. le docteur Monteil (de Mende), qui accompagne cette pièce d'une observation.

A propos du procès verbal :

Fistules vésico-vaginales. — M. DUBOUÉ (de Pau) donne de nouvelles explications sur le procédé qu'il a employé pour la cure des fistules vésico-vaginales. Ces détails ne pouvant être intelligibles sans le secours des dessins.

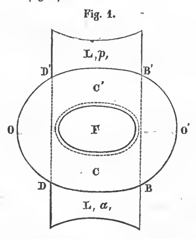
Comme je me suis borné, dans ma dernière communication, à lire

certains passages de mon travail, je crains de n'avoir pas été suffisamment compris, et je demande la permission de fournir quelques nouveaux développements à l'appui du procédé à lambeaux que je propose et qu'il m'a déjà été donné d'employer avec succès. Les quelques figures suivantes me permettront, je l'espère, d'en faire saisir plus clairement les diverses particularités, tout en évitant les ennuis d'une trop longue description.

J'ai déjà dit que je ne me bornais pas à tailler deux lambeaux sur deux côtés opposés de la fistule, mais que j'avivais en même temps sur les deux autres côtés, absolument comme dans le procédé américain. Suivant la forme et les dimensions de la fistule, suivant la place qu'elle occupe et l'état plus ou moins propice des tissus ambiants, ces lambeaux peuvent être taillés soit en avant et en arrière, soit sur les côtés. Il peut même arriver, et ma première observation en est un exemple, qu'ils doivent occuper les côtés de la fistule au moment d'une seconde opération, alors qu'ils avaient été soulevés après une première opération, en avant et en arrière.

Supposons qu'on veuille, ou mieux qu'on doive les placer dans ce dernier sens, qu'on se propose d'obtenir un lambeau antérieur et un lambeau postérieur (fig. 1).

Fig. 1.

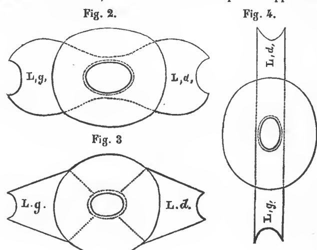


A l'exemple de M. Verneuil, qui, dans le procédé américain, commence par tracer au bistouri la limite extérieure des parties à aviver, on cerne ces dernières de la même façon et de chaque côté par les lignes BB',DD' et les arcs BOB',DO'D'. Ces différentes lignes une fois tracées, on avive successivement les segments de cercle BOB',DO'D',

et les lambeaux se trouvent ainsi parfaitement délimités. On les soulève alors successivement en commençant la dissection pour chacun sur le rebord de la fistule et les détachant peu à peu jusqu'à ce qu'on ait atteint la ligne B'D' en arrière et la ligne BD en avant. Ces deux lignes forment les pédicules des lambeaux ; c'est autour d'elles que ceux-ci doivent pivoter pour venir s'appliquer plus tard l'un contre l'autre, surface saignante contre surface saignante. En opérant plus tard le rapprochement des lambeaux et des surfaces avivées sous-jacentes, on voit que L, *p* viendra s'appliquer sur L, *a*, la surface C' sur C, et que de chaque côté de la fistule la moitié du segment de cercle avivé viendra recouvrir l'autre moitié. On aura donc sur toute l'étendue de la fistule un affrontement de tissus double de celui qu'on obtient par le procédé américain proprement dit.

Il est complétement inutile de donner une nouvelle figure pour le cas où les lambeaux devraient être taillés sur les côtés de la fistule ; chacun se la représentera sans peine en traçant les limites de l'avivement dans un sens opposé et continuant de la même façon par la dissection des lambeaux latéraux.

Je ferai observer seulement que la forme des lambeaux peut être modifiée avec avantage dans certains cas déterminés. Telle est en particulier celle que j'ai cru devoir leur donner dans deux des opérations que j'ai pratiquées (fig. 2 et 3), et qui offre le grand avantage, tout en accroissant l'étendue des pédicules, d'augmenter les chances de vitalité des lambeaux, et de mieux couvrir après le rapprochement

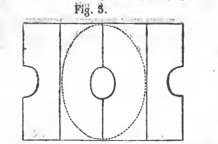


des tissus les rebords fistuleux qui avoisinent la ligne de réunion.

Si dans le cas représenté par la figure 3 ; et où la fistule n'avait guère que 6 ou 7 millimètres dans le sens transversal ; j'avais tracé en avant et en arrière deux lignes parfaitement rectilignes, j'aurais obtenu comme lambeaux deux lanières étroites et à pédicule court (fig. 4) où les chances de vitalité et d'adhésion eussent été bien diminuées. Un simple coup d'œil comparatif porté sur les deux figures 3 et 4 suffit pour apprécier les avantages qu'on pouvait espérer dans ce cas, et qui ont été en effet obtenus par la forme triangulaire donnée à chacun des lambeaux.

Il serait à désirer sans doute, pour éviter toute perte de substance, qu'on pût borner ce premier temps au seul soulèvement de deux lambeaux opposés. Mais ce procédé, que je ne crois applicable qu'aux fistules de très-petite dimension, devrait pour être efficace permettre à la dissection de s'étendre à quelques millimètres au delà des deux points extrêmes de la ligne de réunion. Car sans cette précaution on risquerait de voir deux pertuis persister à ces deux points extrêmes non avivés. Et, d'autre part, si on taillait deux lambeaux très-larges et dépassant de beaucoup l'ouverture anormale, on devrait leur donner une forme rectangulaire (fig. 5) qui leur permît de se rabattre

Fig. 5.



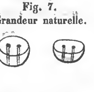
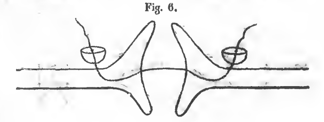


Fig. 7.
Grandeur naturelle.

aisément. Car, outre qu'il serait impossible de disséquer un lambeau adhérent par une demi-circonférence, il deviendrait tout aussi difficile, en supposant qu'on fût venu à bout de ce premier obstacle, de

Fig. 6.

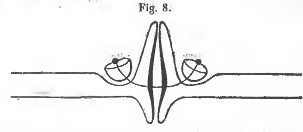


faire pivoter une valve quelconque, de lui faire accomplir un mouvement de charnière sur une ligne d'une courbure aussi prononcée. Or une dissection latérale aussi étendue me semble devoir être rejetée comme imprudente et impraticable.

Quant au passage des fils (fig. 6), je lui fais suivre un trajet courbe dans l'épaisseur des tissus, mais en ayant soin de traverser les lambeaux à l'angle de réunion qu'ils forment avec les tissus avivés sous-jacents, et de faire correspondre les points d'entrée et de sortie des fils métalliques à quelques millimètres au delà de la base des lambeaux.

Pour fixer la suture, je me sers de petits boutons en buis, de forme semi-ovoïde ou hémisphérique (fig. 7), et pourvus chacun de deux trous allant de leur surface plane à leur surface convexe. Les fils sont tordus deux à deux sur chaque bouton, et successivement des deux côtés de la suture, ce qui donne le résultat suivant après l'achèvement de l'opération (fig. 8).

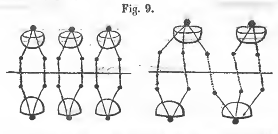
Fig. 8.



On voit par là que les lambeaux doivent faire et font en effet un relief considérable du côté de la cavité vaginale.

Dans la figure précédente, j'ai représenté un seul fil, bien qu'en réalité il y en ait deux qui traversent chaque bouton. Or, telle est la disposition de la suture dans les cas d'un nombre pair et impair de fils métalliques (fig. 9).

Fig. 9.



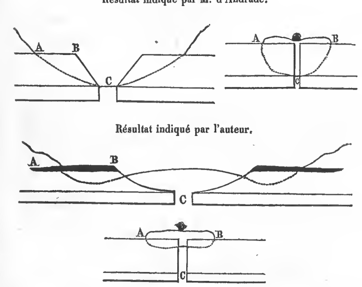
La surface courbe des boutons doit s'appliquer sur la muqueuse

vaginale. Cette forme arrondie des boutons a uniquement pour but d'éviter la pression exagérée qu'exerceraient des boutons plats, par exemple. La circonférence de ces derniers agirait sur les tissus tiraillés à la façon d'une arête tranchante.

Avant même qu'aucune objection m'eût été adressée, j'avais cherché à démontrer que le trajet particulier que je proposais de faire suivre aux fils vers l'angle d'écartement des lambeaux, ne saurait en aucune façon nuire à l'adhésion complète des surfaces sanglantes juxtaposées. Et à ce propos, je cherchais à prouver que dans l'immense majorité des cas, ce même trajet définitif était imprimé aux fils dans le procédé américain, et que cet effet se produisait en dépit des précautions les plus minutieuses prises par le chirurgien. Dans les explications sommaires où je dois me renfermer, je ne veux pas exposer en détail les raisons propres à établir la démonstration de ce fait; je me bornerai seulement à figurer ici comparativement le résultat obtenu d'après M. d'Andrade, et celui plus vrai et plus général, à mon sens, que donne la constriction de chaque anse métallique (fig. 10).

Fig. 10.

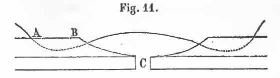
Résultat indiqué par M. d'Andrade.



La démonstration de ce fait ressort de la seule impression de la

figure suivante (fig. 11), où j'ai représenté la muqueuse intacte par

Fig. 11.



une ligne renflée AB, et donné à la surface avivée BC une courbure qu'elle a réellement, courbure qui diminue l'épaisseur et la résistance de cette surface; aussi l'aiguille introduite en A, et qu'on cherche à faire sortir en C, déchire-t-elle la surface BC à l'aide de son tranchant, et vient-elle saillir dans le voisinage du point B. S'il en est ainsi dans le plus grand nombre des cas, et si pourtant, comme on ne peut pas en douter, de nombreuses guérisons sont obtenues par le procédé américain, ne vaut-il pas mieux donner immédiatement à chaque fil le trajet central qu'il doit prendre plus tard? On a ainsi l'avantage de ne pas déchirer la surface avivée à des distances fort rapprochées, à chaque introduction de l'aiguille.

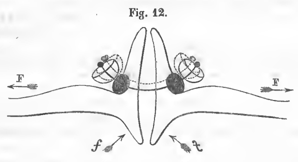
La suture que j'emploie ne saurait exposer en aucune façon à la mortification des lambeaux, comme celle de Gerdy et de M. Collis, qui se servaient de bouts de sonde en gomme élastique ou en caoutchouc. Aussi permet-elle de laisser les fils longtemps en place jusqu'à la solide adhésion des surfaces agglutinées; et pour ma part, je crois qu'il convient de ne les enlever qu'après le quinzième jour au moins, et qu'après dix-huit ou vingt jours en moyenne. D'autre part, on peut effectuer le rapprochement des tissus au degré nécessaire sans craindre de gêner la circulation des lambeaux.

Le seul inconvénient qui résulte du séjour prolongé des boutons consiste dans la présence d'ulcérations plus ou moins profondes que l'on trouve à la place occupée par ces corps étrangers. Mais chez une malade que j'avais opérée quatre fois, j'ai pu les maintenir sans inconvénient sérieux pendant quatre semaines révolues. Et d'ailleurs, on peut se convaincre, en jetant un coup d'œil sur la figure suivante (fig. 12), que les boutons ne peuvent que se porter de plus en plus vers la cavité vaginale, s'éloignant par conséquent de la cavité de la vessie. Je suppose, en effet, que les boutons aient déjà produit l'ulcération figurée en noir durant les premiers jours consécutifs à l'opération. Si une adhésion prompte et solide s'établit, il n'y a aucune raison pour que ces ulcérations s'étendent. Mais si une tension trop forte vient à s'exercer en F et F′ par la paroi vaginale, la courbure des fils tend à se redresser; ces derniers couperont les lambeaux de

la base au sommet, et les boutons se porteront de plus en plus du côté du sommet des lambeaux, c'est-à-dire du côté de la cavité vaginale. Et dans cette nouvelle position, ces derniers doivent encore agir d'une manière efficace sur le sommet des lambeaux adossés, et ils nous permettent ainsi de compter sur quelques chances de succès là où tout autre procédé ne saurait remédier à un échec déjà produit.

Quant à la crainte qu'a exprimée mon excellent maître M. Trélat, et qui consisterait à voir les lèvres de la fistule entre-bâiller du côté de la vessie, je crois qu'il n'y aura plus lieu de s'en préoccuper, si l'on songe que les tissus avivés ont, en vertu de leur propre élasticité, une tendance constante à se redresser. Or ce redressement, que j'ai indiqué par le sens des flèches F et F′ (fig. 12), ne peut se pro-

Fig. 12.



duire sans que les lambeaux, tant vésicaux que vaginaux, se portent à la rencontre l'un de l'autre et maintiennent ainsi l'obturation complète de la vessie. Cette tendance des tissus à se redresser a été, au reste, signalée par M. Collis, qui compare les lambeaux intra-vésicaux à une sorte de soupape propre à empêcher le moindre écoulement d'urine.

Tel est le procédé à lambeaux que je crois applicable à presque tous les cas de fistule, sinon à tous, et qui, si je ne me fais pas illusion, permet de doubler les chances d'adhésion dans les cas difficiles et d'affermir la suture dans les cas ordinaires.

M. VERNEUIL. M. Duboué a fait allusion à une malade dont il a été question ici. Il s'agissait d'une jeune femme chez laquelle j'eus à pratiquer deux fois avec succès le procédé américain; la deuxième opération fut rendue nécessaire par un accouchement qui eut lieu peu de temps après la guérison obtenue par la première; le deuxième succès eut le même sort, à cause d'un nouvel accouchement. Aujourd'hui, par suite des opérations antérieures, le procédé de M. Duboué

me semble trouver une application utile, en permettant de ne pas perdre de tissu et en augmentant même l'étendue des tissus restants.

M. Verneuil insiste pour faire comprendre la différence qu'entraîne dans le procédé opératoire l'épaisseur plus ou moins grande des bords de la fistule. Quand cette épaisseur est suffisante, on doit se contenter d'abraser seulement la surface vaginale et de faire ensuite la suture. Quand, au contraire, les bords sont minces, l'avivement a nécessairement pour conséquence immédiate l'agrandissement de l'ouverture fistuleuse, et alors, pour une fistule qui n'avait guère que 10 ou 15 millimètres de diamètre, on se trouve obligé de placer quatre, cinq et même quelquefois six fils.

Le procédé de M. Duboué me paraît surtout devoir être accepté pour les fistules dans lesquelles on faisait autrefois de l'autoplastie par décollement; mais pour les fistules ordinaires de petit diamètre, le simple avivement par abrasion suffira presque toujours.

M. Simon (Gustave) se contente de l'avivement, et il croit indifférent de traverser la paroi vésico-vaginale de part en part. Cette dernière proposition peut être vraie dans certains cas, mais dans d'autres, on s'exposerait ainsi à comprendre les uretères dans les ligatures.

M. BLOT partage complétement l'opinion de M. Verneuil sur l'inutilité de lambeaux dans les cas de petites fistules, surtout quand les tissus voisins sont souples et extensibles. Quant à la manière de passer les fils, il croit très-important de ne pas traverser la paroi vésico-vaginale de part en part, non-seulement pour le motif que vient de donner M. Verneuil, mais aussi afin d'éviter ce qu'il a vu souvent dans l'ancien procédé, à savoir, des fistulettes correspondant au trajet des fils.

M. VERNEUIL. J'ai été évidemment plus loin que ma pensée, si j'ai dit que je regardais comme indifférente la perforation de la paroi vésico-vaginale par les fils, et je suis d'avis de conserver, pour ce temps de l'opération, les indications données par le procédé américain.

M. RICHET revient sur le danger signalé par M. Verneuil et ajoute que l'étranglement serait encore plus à craindre que la section.

M. TRELAT ne pense pas que M. Simon (Gustave) pose en principe qu'il faut traverser la paroi vésico-vaginale; seulement M. Simon ne croit pas que cela constitue un fait bien déplorable quand il arrive.

M. BLOT ne saurait partager l'opinion rappelée par M. Trélat, il ajoute que les difficultés opératoires sont évidemment accrues par le procédé d'ailleurs très-ingénieux de M. Duboué. Aussi croit-il avec

M. Verneuil qu'il faut le réserver pour certains cas bien spécifiés par ce dernier. Comment, en effet, comparer la difficulté que présente une simple abrasion épithéliale avec celle qu'offre nécessairement la dissection de deux lambeaux plus ou moins étendus, dans lesquels il faut laisser tous les éléments indispensables à la nutrition, et auxquels il faut donner une forme symétrique plus ou moins exacte, afin de pouvoir les affronter ensuite sans tiraillement?

M. DUBOUÉ maintient qu'il n'y a pas de difficulté plus grande dans la formation des lambeaux. Il pense que dans cette manière de faire il suffit de conserver ce qu'on enlève dans l'autre procédé opératoire.

M. DEMARQUAY. Dans les procédés nouveaux, ce qui me paraît important, ce n'est pas l'avivement ou la formation de lambeaux, mais le nombre des fils. M. Simon (Gustave) insiste beaucoup sur ce point. Je ne crois pas non plus que la nature des fils ait une grande importance, et s'il fallait me prononcer absolument, je dirais que les fils de soie me paraissent préférables aux fils métalliques.

M. VERNEUIL croit à l'utilité de chacune des précautions recommandées dans le procédé américain. Il est très-convaincu que le succès n'est obtenu qu'à la condition d'une abrasion bien faite, et cela très-exactement dans toute la circonférence de la fistule. Quant aux fils métalliques, ils se passent sans difficulté sérieuse. Il croit d'ailleurs également que pour réussir il faut faire un assez grand nombre de sutures relativement à l'étendue de la fistule. Ce n'est qu'à toutes ces conditions qu'on se préparera des succès.

J'ai étudié avec soin, ajoute M. Verneuil, les faits relatés par M. Simon, et ce à quoi il me paraît attacher surtout de l'importance, c'est à la suture double. Or, M. Marion Sims ne fait pas de suture double, et cependant il réussit très-souvent. Une modification plus radicale proposée par M. Simon est la suppression de la sonde à demeure. Il prétend qu'il n'en résulte aucun inconvénient. Si cela se vérifie ultérieurement, ce sera une simplification importante à laquelle, du reste, M. Spencer Wells est arrivé de son côté.

M. DEMARQUAY. Il me semble que nous sommes injustes envers nos compatriotes et en particulier envers M. Jobert, qui a réussi souvent par le procédé des débridements qu'il a le premier introduit dans la pratique pour la cure des fistules vésico-vaginales. Chacun sait, d'ailleurs, qu'avant lui cette dégoûtante infirmité restait presque toujours sans traitement. Blandin a réussi par le même procédé. Je lui dois moi-même des succès. Or, ces débridements ne sont pas plus dangereux que la formation de lambeaux. Tout en acceptant donc comme bonnes les modifications du procédé américain, je répète

qu'il me semble injuste d'oublier les services rendus depuis longtemps par la méthode des débridements.

Résection du maxillaire supérieur.

— M. RICHET lit la réponse suivante à la lettre adressée dans la séance du 27 juillet par M. Ollier (de Lyon) :

« La lettre de M. Ollier touche à plusieurs questions importantes; je ne veux aborder que celle de la difformité de la face consécutive à l'extirpation du maxillaire supérieur.

» Selon notre collègue, ce n'est pas de suite que la déformation se manifeste, c'est plus tard, alors que par la tendance qu'ont les cavités osseuses à se resserrer, l'os de la pommette s'abaisse en se rapprochant du maxillaire du côté opposé, d'où résultent l'abaissement de l'œil et la déviation de la face. C'est là, suivant lui, un fait inévitable, et le seul moyen de s'y opposer serait d'interposer entre ces deux os un arc-boutant capable de résister à cette rétractilité osseuse; or, ce serait là précisément le rôle que jouerait la lamelle osseuse qu'on obtient par la conservation du périoste, suivant le procédé de notre ingénieux collègue.

» Je dirai d'abord que cette tendance à la rétractilité des cavités osseuses, parfaitement signalée par Bichat, est beaucoup moins prononcée et surtout beaucoup moins constante que ne pourrait le croire M. Ollier. Ainsi, c'est à peine si vingt ans après l'extirpation de l'œil j'ai pu constater une imperceptible diminution dans les diamètres de la cavité orbitaire, et tout le monde sait que si chez les individus qui ont subi l'amputation du maxillaire supérieur il existe une déformation, c'est bien moins à la rétractilité des tissus osseux qu'il faut l'attribuer qu'à celle des parties molles.

» Aussi est-ce pour m'opposer à cette dernière que j'ai cru devoir proposer de conserver et le rebord orbitaire inférieur, qui empêchera les tissus logés dans l'orbite d'être attirés en bas, et une bonne partie de l'arcade dentaire qui soutiendra toujours et efficacement la lèvre supérieure et la joue contre toute rétraction.

» Quant à cette tendance qu'auraient, spécialement dans mon fait, suivant M. Ollier, l'os de la pommette et le rebord orbitaire à se rapprocher plus tard de l'arcade dentaire pour diminuer l'espace qui les sépare actuellement, je ne voudrais point nier que cela ne soit possible dans une certaine mesure; mais quant à affirmer, comme le fait notre collègue, que cela entraînera nécessairement une déformation plus ou moins choquante, c'est avancer une hypothèse bien peu probable et qu'il appartient à l'expérience seule de décider.

» Pour le moment, constatons ce fait, c'est que grâce au procédé que j'ai employé, la déformation jusqu'à ce jour, c'est-à-dire deux mois après l'opération, n'existe pas ; de sorte que c'est à peine si l'on peut soupçonner que l'os maxillaire a été extirpé.

» Mais M. Ollier est-il bien certain que son procédé mette à coup sûr et complétement à l'abri de cette rétractilité secondaire du tissu osseux qu'il redoute tant? Pour mon compte, il me permettra d'en douter. Comment admettre, en effet, qu'une simple lamelle ossiforme, mince et souple au point de ployer sous le doigt, puisse servir d'arc-boutant capable d'empêcher cette rétractilité des os dont tous nous reconnaissons la puissance lente, mais irrésistible? Car on se rappelle, je pense, que dans le fait de notre collègue ce n'est point de la reproduction du maxillaire supérieur en totalité dont il est question, bien loin de là, mais de la simple lamelle qui forme la paroi antérieure du sinus maxillaire, la régénération osseuse, de l'aveu même de l'auteur, et malgré son incontestable habileté opératoire, ayant échoué partout ailleurs.

» Pour soutenir les deux extrémités de l'arc osseux dont le milieu a été enlevé avec le maxillaire, il faudrait non pas une simple lamelle ossiforme et sans résistance, mais un os véritable, épais et solide ; je suis donc obligé de mettre en doute, jusqu'à preuve du contraire, l'efficacité du procédé de M. Ollier contre la déformation ultérieure de la face après l'ablation du maxillaire.

» Enfin, j'ai dit que j'applaudissais au beau résultat obtenu par notre collègue, résultat qui met hors de doute la possibilité de la reproduction du tissu osseux par le périoste, mais j'ai ajouté que le résultat obtenu, c'est-à-dire l'absence de déformation au moins immédiate, pouvait être obtenu par d'autres procédés, et avec moins d'efforts et de peine pour le chirurgien, et surtout moins de douleur et de danger pour le malade. Or, je dois encore en convenir, la lettre de M. Ollier ne m'a pas plus convaincu sur ce point que sur le premier.

» Je persiste à penser que la dissection du périoste qui recouvre les faces antérieure et palatine du maxillaire est une opération difficile, très-longue, extrêmement douloureuse pour le malade, et qui a été suivie quelquefois d'hémorrhagie si grave, que notre collègue M. Legouest, dans une opération de palatoplastie, s'est vu obligé de suspendre l'opération ; c'est même à cette circonstance qu'il attribua l'échec complet qu'il éprouva. Comment ne pas être effrayé de cette possibilité d'hémorrhagie lorsqu'on va opérer ces malheureux atteints de polypes naso-pharyngiens, chez lesquels l'anémie est portée souvent à un tel degré, qu'on en a vu succomber à la perte de sang quelques heures après l'opération?

» Ajoutez que l'extirpation du maxillaire n'est elle-même qu'une opération préliminaire, qu'il faut ensuite procéder à l'extirpation du polype, ce qui fait déjà une opération fort longue, de telle sorte que le malade auquel on appliquerait le procédé de M. Ollier subirait ainsi trois longues et douloureuses opérations successives :

» 1° Le décollement du périoste maxillaire sur les faces antérieure et palatine;

» 2° L'extirpation de cet os;

» 3° L'ablation du polype.

» Quant à moi, j'avoue que la régénération de la mince lamelle ossiforme obtenue à ce prix par notre collègue ne me paraît pas compenser les souffrances et les dangers que fait courir au malade cette complication opératoire. »

COMMUNICATION.

M. le docteur Boissarie, ancien interne des hôpitaux, lit une observation d'*opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant.*

(Cette observation est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Danyau, Depaul et Blot.)

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. PANAS met sous les yeux de la Société un malade offrant un exemple d'*hémimélie* du membre thoracique gauche.

Ce cas présente ceci de particulier qu'il n'y a pas d'appendice sur le membre hémimélique, contrairement à ce qui s'observe le plus ordinairement.

Dans la prochaine séance, M. Panas lira l'observation complète de ce fait intéressant.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

L'un des secrétaires, H. BLOT.

Séance du 10 août 1864.

Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— Une lettre de remercîments du secrétaire du Collége des chirurgiens de Londres pour l'envoi des *Mémoires* et des *Bulletins de la Société de chirurgie.*

— *Recherches sur les résultats fournis par les procédés d'Esmarck et de Rizzoli.* Thèse inaugurale soutenue le 30 juillet 1864 par M. Ad. Mathé.

Sutures métalliques, bec-de-lièvre.

M. LETENNEUR (de Nantes), membre correspondant, adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président,

» Dans la séance du 27 juillet, à propos du mémoire de M. Duboué sur un nouveau mode de suture pour les fistules vésico-vaginales, M. Giraldès a fait connaître à la Société que depuis plus de deux ans il avait substitué les fils métalliques aux épingles pour l'opération du bec-de-lièvre. Cette communication a donné lieu à une discussion dans laquelle vous vous êtes montré, ainsi que M. Velpeau, moins partisan des sutures métalliques que M. Giraldès. Ces dissidences entre des chirurgiens aussi éminents me font espérer que nos collègues ne jugeront pas inutile l'exposé de ma pratique à ce sujet, et qu'ils y trouveront des motifs sérieux de renoncer, dans la plupart des cas, à la suture entortillée pour l'opération du bec-de-lièvre.

» Depuis que l'usage des fils métalliques a été vulgarisé dans la pratique de la chirurgie, c'est-à-dire depuis que la méthode américaine pour la guérison des fistules vésico-vaginales a été introduite en France, j'ai fait un usage journalier de ce moyen de suture. J'ai exposé ses avantages il y a plusieurs années dans un Mémoire publié dans le *Journal de médecine de la Loire-Inférieure* et reproduit par la *Gazette hebdomadaire.* Dans ce mémoire, je faisais mention d'une

opération de bec-de-lièvre pratiquée par M. Gosselin par la suture enchevillée avec des fils d'argent.

» Depuis ce temps, j'ai opéré ainsi sept enfants présentant des becs-de-lièvre à différents degrés, depuis la simple division de la lèvre d'un seul côté jusqu'à la forme la plus compliquée et désignée sous le nom de gueule-de-loup.

» Un enfant de six ans opéré par moi avec un plein succès rappelait même par la gravité de sa difformité, sans cependant l'égaler, le cas remarquable communiqué l'année dernière à la Société par M. Broca. Chez cet enfant, il fallut enlever l'os inter-maxillaire supportant trois dents incisives, reconstituer la sous-cloison nasale avec le lobule médian disséqué et reployé sur lui-même, décoller largement les deux portions de la lèvre et les ailes du nez, enlever pour l'avivement une portion considérable des bords de la division et produire ainsi un vide énorme.

» Grâce à la suture enchevillée et à quelques points de perfectionnement par la suture entrecoupée, j'ai pu obtenir un résultat aussi satisfaisant que possible. L'enfant, qui avait été assez docile pendant l'opération, n'a pas cessé de pousser des cris et de se mettre en colère pendant les jours qui ont suivi : il ne s'endormait que lorsqu'il était épuisé par la fatigue. Quand je m'approchais de lui, il entrait dans de véritables accès de fureur. Malgré cela, les sutures n'ont pas cédé, la réunion s'est faite sans la moindre lacune, et j'ai renvoyé l'enfant au bout de dix jours à la campagne, sans pouvoir songer à lui enlever moi-même les fils métalliques.

» Ce n'est qu'au bout de trois semaines qu'il permit à sa mère de le débarrasser de tout cet appareil depuis longtemps inutile.

» Deux mois après l'opération, l'enfant a consenti à venir me voir; l'amour-propre satisfait avait fait naître chez lui la reconnaissance. Le visage avait une régularité que je n'aurais pas osé espérer, et le séjour des fils métalliques avait laissé moins de traces que les épingles n'en laissent dans les cas les plus heureux.

» En présence de ce fait, n'est-il pas permis d'affirmer que la suture entortillée, si elle eût été employée, n'eût amené qu'un insuccès, que les épingles eussent coupé les tissus, et qu'au bout de quatre ou cinq jours, c'est-à-dire après l'enlèvement des épingles, les cris de l'enfant eussent infailliblement détruit le travail de cicatrisation?

» En démontrant par cet exemple la supériorité de la suture enchevillée, au moyen de fils métalliques, sur la suture entortillée pour la guérison du bec-de-lièvre, il est inutile de citer les cas plus simples où le succès a été plus facile à obtenir; qui peut plus peut moins.

» Mais le mode opératoire que je préconise a d'autres avantages que ceux qui ressortent de l'exposé qui précède.

» La plupart des enfants qu'on nous amène pour être opérés du bec-de-lièvre viennent de la campagne, et, soit qu'on les place à l'hôpital, soit qu'on les place en ville, le changement d'air et de régime occasionne fréquemment des troubles graves dans leur santé, particulièrement de la diarrhée.

» J'ai vu à l'Hôtel-Dieu de Nantes un enfant mourir ainsi après une opération dont le succès paraissait certain. Lors même que cette complication est moins grave, elle affaiblit l'enfant, nuit au travail de cicatrisation et compromet souvent le succès de l'opération la mieux faite.

» Cependant, si on veut agir comme notre savant maître M. Velpeau, enlever une épingle le premier jour, une autre le second jour et la troisième le cinquième ou le sixième jour, il faut bien garder l'enfant près de soi pour le surveiller ; alors on l'expose aux mauvaises conditions hygiéniques que je signale.

» Avec la suture enchevillée, ce danger n'existe plus. Immédiatement après l'opération, je renvoie les enfants chez eux, quelle que soit la distance qu'ils ont à parcourir, et je laisse aux parents ou à leur médecin le soin d'enlever les fils métalliques au bout de dix ou quinze jours.

» L'enfant de six ans dont j'ai rapporté l'histoire en commençant est le seul que j'aie gardé à Nantes une dizaine de jours ; il était d'ailleurs placé dans les conditions les plus favorables au point de vue du régime et de l'habitation, et, en raison de son âge, je n'avais pas à craindre les dangers que j'ai indiqués et qui sont surtout à redouter pour les très-jeunes enfants.

» Agréez, etc. »

M. RICHET. J'avais dit, dans la discussion qui a eu lieu récemment, que j'avais employé les fils métalliques, et que ceux-ci avaient coupé la peau. Le lendemain même, j'avais à faire une restauration étendue de la verge pour combler une perte de substance résultant de l'ablation d'une tumeur cancéreuse d'abord attaquée par le bistouri, puis enfin par les caustiques, que je dus appliquer à plusieurs reprises. Les lambeaux empruntés au prépuce étaient un peu tiraillés, et je dus renoncer à employer des serre-fines. Plusieurs points de suture métallique servirent à rapprocher les surfaces saignantes. Le lendemain, quelques-uns avaient coupé la peau, et le surlendemain tous l'avaient divisée. Il y a donc des cas où les fils métalliques coupent les parties molles aussi vite et même plus vite que les fils ordinaires.

Or, comme j'ai observé cet inconvénient dans les deux cas où j'ai opéré la réunion sur le pénis, je renonce désormais à employer les fils de métal, au moins pour cette région.

M. GIRALDÈS. La question de savoir quels avantages présentent les fils de métal relève directement des faits, et il suffit, pour avoir une opinion exacte à cet égard, d'appliquer en même temps et dans les mêmes conditions des fils végétaux et des fils métalliques. On pourra se convaincre alors que ces derniers valent mieux comme moyen de contention ; ils ne coupent pas plus vite les tissus, ne se gonflent pas au contact des liquides, ne s'encroûtent pas à leur point d'émergence.

Il peut arriver sans doute que le fil végétal soit plus commode à appliquer, mais c'est alors une affaire de procédé opératoire qui n'est pas en question.

Ce serait une exagération de dire que les fils métalliques ne couperont jamais l'épaisseur des tissus ; on peut serrer trop les points de suture ou exagérer sans le vouloir la torsion qu'on imprime aux deux chefs du fil, mais tout cela est subordonné à l'expérience clinique du chirurgien, et jusqu'ici il m'a paru qu'à conditions égales la suture métallique offrait de réels avantages comme moyen de contention.

M. RICHET. Il semblerait, d'après ce que vient de dire M. Giraldès, que j'aurais pu trop serrer les points de suture : le moyen que j'emploie ne permet pas d'exagérer la torsion. J'ai l'habitude, dès que le rapprochement est fait, de fixer les deux fils avec une pince et de faire la torsion avec une autre pince en maintenant la première en place.

M. DEPAUL. Il me semble que la lettre de M. Letenneur ne pose pas la question que nos collègues discutent, mais en soulève une autre sur laquelle je désire présenter quelques observations, à savoir si les fils métalliques sont supérieurs aux épingles et à la suture entortillée dans l'opération du bec-de-lièvre.

Je ne vois guère, pour ma part, que des inconvénients à laisser une suture en place pendant quinze jours ou trois semaines ; c'est tout au moins inutile. Tous, nous avons guéri des becs-de-lièvre en quelques jours. Tout dernièrement j'en ai opéré un siégeant des deux côtés, et la réunion était complète au bout de quatre jours.

Je ne saurais non plus approuver la substitution du fil métallique aux épingles et à la suture entortillée. M. Letenneur n'a qu'une seule observation à opposer aux innombrables succès que l'ancienne méthode a donnés à tous les chirurgiens, à M. Dubois, à moi-même, dans l'immense majorité des cas.

En somme, je me regarde comme insuffisamment éclairé par l'observation de M. Letenneur, et je continuerai à employer le procédé qui m'a réussi, la suture avec les épingles.

M. VERNEUIL. Malgré les discussions qui se sont élevées au sujet des sutures métalliques, je continue à en être partisan, surtout dans les cas où les fils doivent être maintenus pendant longtemps. Ce n'est pas, au reste, par quelques faits isolés que la question pourra être tranchée ; si M. Richet a échoué dans des réunions faites sur le pénis, en revanche, j'ai parfaitement réussi dans une uréthroraphie avec fils métalliques et plaque de plomb.

Quant au bec-de-lièvre, c'est seulement un procédé de suture qui est ici en cause, et je remarque que tous les chirurgiens sont loin d'être aussi partisans que notre collègue M. Depaul de la suture entortillée. M. Mirault (d'Angers), dont l'expérience est bien grande sous ce rapport, a depuis longtemps renoncé à cette suture.

Et précisément dans certains cas de bec-de-lièvre, on éprouve de grandes difficultés dans l'affrontement tenant à l'étendue de la perte à combler ; et alors il faut maintenir longtemps la suture en place, si on veut éviter la désunion consécutive. Un enfant de sept jours, que j'opérai à Orsay d'un bec-de-lièvre double, fut parfaitement guéri après avoir conservé sa suture pendant une semaine.

Enfin les sutures métalliques m'ont été fort utiles dans le cas suivant, que je vais rapporter avec quelques détails.

Cicatrice vicieuse du nez. Rhinorrhaphie. Guérison.

La fille d'un fermier des environs de Montereau, âgée de quatre ans, d'une belle apparence, quoique un peu lymphatique, me fut adressée pour une restauration nasale.

Quelques semaines auparavant elle avait été cruellement mordue au visage par un chien. La morsure avait entamé la lèvre supérieure et détaché presque entièrement le nez vers le point d'union des parties osseuse et cartilagineuse. La plaie allait du dos du nez jusqu'aux joues en comprenant la cloison, de sorte que le lobule et les ailes tombaient sur la lèvre supérieure, n'étant plus fixés que par la sous-cloison au milieu et par deux pédicules assez étroits sur les côtés.

MM. les docteurs Tonnelier et Queudot pratiquèrent sur-le-champ la suture, qui remit les choses en place ; par malheur survint un érysipèle de la face qui détruisit la réunion ; une difformité très-choquante s'ensuivit. Voici en quoi elle consistait :

La réunion avait persisté au niveau de la cloison et vers le dos du nez ; mais dans ce point toutefois existait une échancrure transver-

sale assez profonde ; de chaque côté, au contraire, et dans un point correspondant au bord supérieur de l'aile du nez, on voyait une perforation qui pénétrait dans l'intérieur des fosses nasales et donnait passage à du pus et à du mucus. La perforation gauche mesurait 12 millimètres environ. D'avant en arrière, ses bords étaient irréguliers, rétractés en dedans, écartés de 4 à 5 millimètres, presque entièrement cicatrisés ; à droite la perforation était plus étroite, moins longue, moins béante.

Par suite de ces lésions, la partie inférieure du nez n'était plus située sur le même plan que le reste de l'organe, elle proéminait en avant et à droite ; de plus, l'aile gauche était beaucoup plus basse que celle du côté opposé. Le pus et le mucus concrets formaient des croûtes épaisses qui obturaient les perforations. Enfin les téguments du nez, de la lèvre supérieure et de la partie attenante des joues étaient rouges, tuméfiés, recouverts d'une éruption impétigineuse confluente. Dans cet état de choses, les parties me paraissaient peu disposées à subir une opération immédiate. Je prescrivis à l'intérieur les préparations iodées, à l'extérieur les lotions répétées avec la décoction de feuilles de noyer, puis la pommade au calomel et les bains de Baréges, pour mettre de côté la complication locale, qui aurait été capable de faire échouer de nouveau la suture.

Au bout de six semaines, la peau était revenue à l'état normal. La perforation, fermée à droite, était remplacée par une cicatrice sinueuse, déprimée ; mais à gauche, sauf des dimensions plus petites, la fissure existait toujours et promettait de rester telle parce que ses bords étaient tout à fait cutisés.

Je songeai d'abord à n'opérer que de ce côté, c'est-à-dire à boucher simplement la perforation nasale ; mais lorsque l'avivement fut fait, je m'aperçus qu'en mettant en contact les lèvres cruentes, l'aile du nez, d'abord trop abaissée, se trouvait plus élevée que celle du côté opposé, sans préjudice de la difformité causée par l'échancrure du dos du nez et par la cicatrice sinueuse de l'aile droite. Je pris donc un parti plus radical. J'enlevai à l'aide de deux incisions très-rapprochées et presque parallèles la ligne cicatricielle de droite, puis je fis transversalement sur le dos du nez deux incisions, enlevant de cette partie une sorte de cône qui comprenait l'échancrure dont j'ai parlé.

Après toutes ces incisions, les choses en somme se trouvaient sensiblement dans le même état qu'au moment de l'accident, c'est-à-dire que le lobule et les ailes étaient presque complétement isolés de la partie supérieure de l'organe, et ne tenaient plus qu'aux joues et à la lèvre supérieure.

En revanche, la coaptation était facile et faisait disparaître la difformité. Cependant, en raison de la perte de substance causée à la fois par la rétraction des parties et par l'avivement, le nez, autrefois de forme ordinaire, était actuellement un peu retroussé (comme dans le nez dit à la Roxelane : pointe élevée, orifice des narines regardant en avant et en bas), mais sans que ce changement parût choquant.

Il importait extrêmement que les parties fussent maintenues dans un contact exact, et surtout dans un contact prolongé. Il fallait qu'au niveau du dos du nez la réunion fût solide pour empêcher l'écartement des plaies latérales, la reproduction de l'échancrure dorsale, la déviation latérale, et enfin l'abaissement consécutif du lobule ou son engorgement par défaut de circulation suffisante.

Pour y parvenir, j'appliquai neuf points de suture ainsi disposés :

1° Aux deux extrémités de cette longue plaie transversale, qui allait d'une joue à l'autre, je plaçai deux points de suture ordinaire avec de la soie très-fine ; ces quatre points n'avaient presque aucun effort à supporter, les bords s'affrontant sans peine ; ils devaient être enlevés du troisième au quatrième jour.

2° Sur le dos du nez, trois sutures métalliques avec des fils d'argent très-fins comprenant dans leur anse et sur chaque lèvre de la plaie 4 ou 5 millimètres de parties molles et ne traversant que la peau. Ils furent serrés par la simple torsion des chefs exécutée à la main beaucoup plus facilement que n'avaient été noués les fils de soie. Ils devaient rester six à sept jours en place s'ils ne divisaient pas les parties molles étreintes.

3° Pour consolider le tout, soulager les sutures immédiates, soulever le lobule et le maintenir le plus longtemps possible appliqué contre la moitié supérieure de l'auvent nasal, j'imaginai de placer enfin deux sutures de renfort disposées non plus en anse fermée comme les précédentes, mais d'après le principe de la suture enchevillée.

A cet effet, je plongeai au bout du nez, à 4 millimètres à droite de la ligne médiane, une longue aiguille qui dirigée verticalement glissa de bas en haut dans le tissu cellulaire sous-cutané, pour ressortir vers la racine du nez en dedans et au-dessous de la tête du sourcil ; cette aiguille conduisit un fil d'argent assez fort. La même manœuvre fut répétée à gauche. Les deux fils métalliques parallèles, cachés sous la peau dans tout leur trajet, furent arrêtés à leur point d'entrée et de sortie par des anneaux de plomb perforés aussitôt que la coaptation des lèvres de la plaie fut parfaite. Il fut convenu qu'on les laisserait en place dix à douze jours.

Lorsque toutes les sutures furent serrées, la ligne de réunion, à peine visible, n'était indiquée que par des vestiges de l'ancienne cicatrice que je n'aurais pu faire disparaître qu'en retranchant trop de substance. Au niveau des perforations, il existait une légère dépression due à la rétraction qu'avaient subie les bords en se cicatrisant, mais qui n'était point difforme, car elle ne faisait qu'exagérer un peu le sillon naturel de l'aile du nez.

Des compresses d'eau fraîche durent constituer tout le traitement. Les choses se passèrent pour le mieux. Nulle inflammation; réunion immédiate sur toute la ligne; ablation, vers les époques indiquées, des différentes sutures dont aucune n'aurait tracé de sillon et qui auraient pu rester en place plus longtemps encore.

Plusieurs mois après, j'ai revu l'enfant avec MM. Tonnelier et Queudot, qui avaient bien voulu m'assister dans l'opération et donner leurs soins consécutifs. Le résultat est resté fort satisfaisant; les dernières traces de mutilation que l'opération n'avait pu faire disparaître tendent de jour en jour à s'effacer spontanément.

Je ne puis m'empêcher d'attribuer en partie la belle réunion obtenue aux sutures métalliques, qui ont sans nul dommage maintenu longtemps en contact intime les lèvres de la plaie.

M. TRÉLAT. Non-seulement M. Mirault, mais M. Denonvilliers a renoncé à la suture entortillée. Après avoir essayé plusieurs procédés, il en est venu à la suture entrecoupée avec les fils végétaux. C'est qu'en effet la suture entortillée ne laisse pas d'offrir plusieurs inconvénients; par sa nature, elle tend à faire bâiller en avant les lèvres de la plaie; on ne peut multiplier trop le nombre des épingles, tandis que la minceur des fils métalliques permet d'en placer un nombre suffisant pour rendre la réunion très-exacte, et, d'autre part, leur trajet courbe se prête mieux que les épingles à la forme de la lèvre restaurée.

M. GUERSANT. C'est moi qui ai été chargé de faire, il y a quelques années, le rapport sur le travail de M. Mirault. Je voulus alors m'éclairer sur la valeur de son procédé de suture, et je l'appliquai huit fois. Les résultats ont été tellement favorables, que depuis ce temps je n'ai plus employé que deux moyens de réunion, la suture à points entrecoupés, en ayant soin de traverser la lèvre de part en part, et les épingles à boules de Thierry.

M. GIRALDÈS. M. Depaul critique un procédé qu'il ne semble pas avoir employé ni vu employer. Il est probable cependant que ce n'est pas sans quelque raison qu'on a modifié la suture dans le bec-de-lièvre. Les chirurgiens qui ont abandonné les épingles sont très-

nombreux ; outre MM. Denonvilliers, Mirault, Letenneur, M. Guersant et moi-même, je sais que M. Koch, de Guy's Hospital, y a renoncé.

C'est après avoir essayé beaucoup de procédés que j'en suis venu à me servir de la suture entrecoupée avec les fils métalliques ; je place des points assez rapprochés, et je les laisse jusqu'à entière cicatrisation. J'ai vu trop souvent la cicatrice céder ou se déchirer consécutivement pour renoncer à cette conduite, et c'est surtout parce que la suture métallique peut séjourner très-longtemps et prévenir les déchirures que je la préfère aux épingles, qui me paraissent être la plus mauvaise suture à employer.

M. DEPAUL. Je ne me suis pas occupé de la comparaison générale entre les sutures métalliques et les sutures ordinaires ; je n'ai parlé que du bec-de-lièvre. J'ai essayé la suture métallique, et c'est seulement après ces essais que j'y ai renoncé pour revenir au procédé habituel, qui m'a donné, qui a donné sous mes yeux à M. Dubois des succès presque constants. Cette suture ne présente d'ailleurs l'inconvénient signalé par M. Trélat, de bâiller en avant, que lorsqu'elle est mal faite, et on peut très-bien éviter cette disposition. Je n'irai donc pas abandonner sans raison une manière de faire qui me semble n'offrir que des avantages.

M. GIRALDÈS. La question est ainsi posée : L'opération a été faite jusqu'ici par un procédé ; plusieurs chirurgiens trouvent ce procédé vicieux et le simplifient ; M. Depaul dit : La méthode ancienne m'a donné de bons résultats, et je m'y tiens. C'est affaire de convenance, jugement personnel et non scientifique.

LECTURE.

M. PANAS, candidat au titre de membre titulaire, lit un travail sur le *Traitement de l'épididymite aiguë par les mouchetures du scrotum.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Dolbeau, Trélat et Lefort.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

Séance du 17 août 1864.

Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :
Les journaux de la semaine.

— M. LIZÉ (du Mans), membre correspondant, adresse trois observations : 1° *Plaie transversale de la langue* guérie en six jours par l'application sur la face dorsale de l'organe d'une plaque de fer-blanc recouverte de toile gommée ; 2° *Un cancroïde de la lèvre chez un fumeur de pipes,* opéré en 1858 et dont la guérison persiste;

3° **Luxation du radius en avant et en dedans, compliquée de fracture au tiers supérieur de cet os.** — Un jeune homme de treize ans reçoit un coup violent au niveau du pli du coude gauche, et entre à l'Hôtel-Dieu le 12 septembre 1863, au matin, dans le service de chirurgie.

Un gonflement notable existe dans cette région ; par la palpation, il est possible de reconnaître que la tête du radius, dirigée en avant et en dedans, est comme adossée à la face antérieure du cubitus. On constate une dépression sensible au-dessous de la petite tête de l'humérus. Lorsqu'on ramène la capsule radiale sous cette tête sans l'y maintenir fixée, il est facile de s'apercevoir qu'elle ne tarde pas à reprendre sa position en avant du cubitus. En parcourant avec le doigt toute la diaphyse du radius, on distingue une crépitation manifeste au tiers supérieur de cet os, qui est fracturé dans ce point. L'extrémité inférieure du fragment supérieur est portée en dehors, et l'extrémité supérieure du fragment inférieur est entraînée vers le cubitus par les muscles pronateurs. Cette luxation, compliquée de fracture, n'est pas très-commune, il faut la rapprocher du cas observé par Gerdy et relaté par M. Malgaigne dans son magnifique ouvrage sur les fractures et les luxations.

Une fois la luxation réduite, on applique l'appareil qui convient dans la fracture de l'avant-bras, et l'on place le membre dans la demi-flexion.

Guérison au bout de trente-cinq jours.

DISCUSSION.

Bec-de-lièvre.

M. GIRALDÈS demande la parole à l'occasion du procès-verbal. M. Depaul, dit-il, a insisté dans la dernière séance sur le procédé qu'il préconise pour affronter l'un contre l'autre les lambeaux très-écartés dans certains cas de bec-de-lièvre double. Je n'ai certainement pas la prétention de modifier les convictions arrêtées de M. Depaul, mais je maintiens qu'en présence d'un bec-de-lièvre double compliqué de saillie du tubercule médian avec écartement considérable, le procédé de dissection de chaque joue, qu'on attribue à tort à Dupuytren, mais qui appartient en réalité à Franco, je maintiens que ce procédé est mauvais, qu'il expose à des hémorrhagies; qu'on peut l'employer faute d'autres, mais qu'après des expériences répétées, je suis en mesure d'affirmer que le procédé à deux lambeaux obliques taillés aux dépens du bord libre de la lèvre, jusque un peu au delà de l'aile du nez, est infiniment supérieur sous tous les rapports. En effet, dans l'opération de Franco, il faut détacher les parties molles du pourtour de l'orifice nasal dont les deux bords sont très-éloignés; ces parties disséquées se laissent difficilement amener au contact et ont, par le fait de la cicatrisation profonde, une continuelle tendance à s'écarter. Au contraire, dans l'opération que je défends, opération pratiquée avant moi par d'autres chirurgiens et figurée dans l'Atlas de Bruns, les lambeaux s'affrontent très-aisément, et on n'a pas à redouter d'hémorrhagies. Au reste, ce n'est qu'après avoir procédé comparativement des deux façons un très-grand nombre de fois que je me suis prononcé pour la dernière.

M. DEPAUL. Je reviens à ce que j'ai dit dans la dernière séance sur le point réellement litigieux. Y a-t-il le moindre avantage à substituer les fils métalliques aux épingles ? Je ne puis voir aucune raison de laisser la suture en place quinze jours ou trois semaines. Si le procédé est efficace et que la réunion soit effectuée, il faut enlever la suture dès que la guérison est reconnue.

M. Giraldès semble dire que je tiens trop fortement à mes opinions. J'ai depuis vingt ans été constamment attaché à des hôpitaux où on observe des becs-de lièvre ; j'en ai opéré un certain nombre, et j'ai quelque droit d'avoir une opinion sur ce point de pratique. Aussi ne me suffit-il pas qu'un procédé arrive d'Angleterre ou d'Allemagne pour que je l'adopte aussitôt.

Quant aux deux lambeaux que pratique M. Giraldès, comment donc les taille-t-il, sinon par une dissection? Comment parvient-il à les faire

pivoter sur leur bord externe, s'il ne les sépare pas de leurs adhérences profondes ? Est-il bien sûr aussi de ne pas couper l'artère labiale et de se mettre à l'abri des hémorrhagies ?

M. GIRALDÈS. M. Depaul m'oppose les mêmes arguments, presque les mêmes mots, qu'on opposait autrefois aux chirurgiens qui défendaient les ligatures fines et repoussaient l'emploi des ligatures grosses et larges sur les artères. Personne n'emploie plus aujourd'hui les grosses ligatures. Je me garderai bien de m'opposer à ce que M. Depaul conserve son procédé, puisqu'il le trouve bon.

M. GUÉRIN. Les explications données par M. Giraldès et le dessin qu'il a fait sur le tableau me semblent prouver qu'il faut nécessairement disséquer une certaine étendue de parties molles, puisque les lambeaux remontent un peu au-dessus et en dehors de l'aile du nez.

M. GIRALDÈS. Il suffit de détacher la muqueuse du cul-de-sac labial pour libérer le lambeau.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Résection de la diaphyse humérale. — Régénération.

M. GIRALDÈS présente à la Société un petit malade dont il a été question lors de la discussion sur les fonctions du périoste. Il rappelle qu'une étendue de 10 centimètres de la diaphyse humérale avait été enlevée en conservant le périoste. Le petit malade resta six mois à l'hôpital avec un appareil en gutta-percha destiné à maintenir la longueur du membre en luttant contre la rétraction musculaire. Cependant le bras resta bien longtemps flasque, et M. Giraldès craignait d'avoir fait une opération inutile. Avec le temps et après un séjour de près d'une année à l'hôpital de Berck, il s'est reconstitué un nouvel os, qui, sans être un modèle de forme, permet des mouvements étendus du coude, les mouvements de la main, et est en somme infiniment supérieur à un membre artificiel.

M. DEMARQUAY. Je félicite M. Giraldès du résultat qu'il a obtenu. Si rudimentaire que soit la forme de l'os, celui-ci rend de grands services. J'ai fait trois fois des résections de mâchoires en conservant le périoste; l'os s'est irrégulièrement reproduit, et néanmoins, sur l'un de mes malades qui porte de la barbe, il est à peu près impossible de découvrir les traces de l'opération. Chez un autre malade, auquel j'ai réséqué une portion du fémur, les fonctions du membre se sont rétablies, de telle sorte que la marche est actuellement possible.

M. DEGUISE. J'ai autrefois communiqué à la Société l'observation d'un homme à qui j'avais enlevé 15 ou 16 centimètres de l'extrémité supérieure de l'humérus sans me préoccuper du périoste. Quand je montrai le malade, il n'avait pas encore pu se servir de son bras. Depuis cette époque, pour combattre la flaccidité du membre, l'os ne s'étant nullement reproduit, j'ai fait faire un appareil par M. Charrière. Quand l'opéré en est muni, il peut soulever d'assez lourds fardeaux et utiliser son bras pour toutes les exigences de la vie. C'est pour moi un cas inespéré de succès.

Iridectomie.

M. RICHET. La malade que je présente à la Société entra dans mon service dans le mois de janvier dernier pour une perte presque absolue de la vision des deux côtés; elle ne voyait pas assez pour se conduire. On avait pensé à un glaucome, mais l'examen ophthalmoscopique ne nous permit de reconnaître qu'un peu d'atrophie de la papille et de la vascularisation de la rétine.

Pendant trois mois, tous les traitements possibles furent mis en usage : antiphlogistiques, vésicatoires, antisyphilitiques, rien ne procura le moindre soulagement. C'est alors que je songeai à pratiquer l'excision de l'iris. Après avoir fait de chaque côté une ponction en haut de la cornée avec le couteau lancéolaire, j'introduisis une double érigne très-fine qui me permit d'attirer l'iris au dehors et de l'exciser avec des ciseaux. Il y eut le lendemain un peu de suffusion sanguine dans la chambre antérieure, mais dès le surlendemain tout était résorbé.

Malgré le résultat très-favorable de l'opération, la vision ne s'améliora qu'avec une extrême lenteur. Au bout de deux mois, je pus envoyer la malade au Vésinet. Elle est, depuis sa sortie, revenue me voir, très-désireuse d'obtenir une plus grande amélioration. La malade peut actuellement lire les caractères d'un titre de journal; elle peut se conduire avec assez de peine. L'ophthalmoscope nous a montré à peu près les mêmes lésions qu'il y a six mois.

Presque à la même époque, un tailleur de pierre entra dans mon service avec perte presque complète de la vision et contraction extrême et persistante de l'orifice pupillaire. Chez celui-là, je pratiquai l'opération d'Hancock, dont M. Serres (d'Alais) nous a entretenus au commencement de l'année. Dès le lendemain, le malade pouvait distinguer le numéro de son lit, et au bout de deux jours il se trouva si bien qu'il voulut quitter l'hôpital. Depuis ce moment, je n'en ai pas eu de nouvelles.

M. FOLLIN. Le résultat opératoire que vient de nous montrer

M. Richet est on ne peut plus satisfaisant ; mais je me demande s'il s'agissait d'un glaucome. En dehors de l'examen ophthalmoscopique, certains signes physiologiques permettent de reconnaître le glaucome. La douleur oculaire est vive et persistante ; le globe de l'œil offre une dureté qui l'a fait comparer à une bille d'ivoire ; la pupille est en état de dilatation constante ; enfin la cornée est insensible. D'autre part, on observe que la vue faiblit graduellement, parce que le champ visuel se rétrécit chaque jour. Enfin dans le glaucome ce n'est pas une atrophie de la papille qu'on observe, mais bien une dépression profonde taillée de bords abrupts que les vaisseaux rétiniens contournent en formant ce crochet si caractéristique quand on l'observe à l'ophthalmoscope. Je ne vois aucun de ces signes indiqués chez la malade de M. Richet. Aussi suis-je porté à douter du diagnostic primitif et ne puis-je croire à l'existence d'un glaucome.

Quant au procédé opératoire, je suis vraiment un peu effrayé de l'introduction de l'érigne à travers l'ouverture pupillaire. Le moindre mouvement de l'opérateur ou du malade peut occasionner une éraillure légère de la capsule antérieure, et c'est là le vrai danger des opérations de pupille artificielle, car ces blessures de la capsule donnent lieu à des opacités plus ou moins étendues qui compromettent le résultat de l'opération. Aujourd'hui, il est vrai, l'emploi de la fève de Calabar, qui rétrécit l'ouverture pupillaire, permet d'éviter encore mieux qu'autrefois de toucher la capsule cristalline, à la condition toutefois de ne saisir l'iris qu'avec la pince portée à plat.

M. RICHET. J'ai dit que ma malade était atteinte d'un état pathologique qu'on aurait nommé autrefois un glaucome, mais je n'ai pas dit qu'elle eût un glaucome. Je n'ai donc pu indiquer aucun des signes énumérés par M. Follin, car ils n'existaient pas. Chez une malade dont la vue était pour ainsi dire perdue, nous avons trouvé la papille blanche, un peu déprimée, et autour quelques vaisseaux variqueux, dont deux s'anastomosaient largement.

Quant au procédé, il est conseillé et exécuté depuis longtemps ; je l'ai moi-même mis en pratique plusieurs fois, et je puis assurer qu'il n'offre pas de difficultés, et que l'action de l'érigne ne m'a paru présenter aucun inconvénient.

M. FOLLIN. Les premières paroles de M. Richet me faisaient croire qu'il regardait sa malade comme atteinte de glaucome. Je ne sais plus maintenant de quelle affection il s'agit, et le long temps nécessaire pour produire un peu d'amélioration me fait craindre que l'opération ne porte que peu de fruits. Dans les cas de glaucome aigu

ou subaigu, le rétablissement de la vision fait des progrès rapides qui s'accroissent presque chaque jour.

Je reviens à ce que j'ai dit sur l'usage du crochet. Mes craintes me semblent d'autant mieux fondées que tous les anatomistes s'accordent aujourd'hui à reconnaître qu'il n'y a pas de chambre postérieure ; il n'y a donc aucun espace où on puisse glisser la pointe ou les pointes de l'instrument.

M. DEMARQUAY. On a beaucoup pratiqué l'excision de l'iris en Angleterre et en Allemagne, et j'ai moi-même assisté à un certain nombre de ces opérations. En présence du beau résultat obtenu par M. Richet, je ne reculerais pas, pour ma part, à faire l'iridectomie dans certains cas d'atrophie rétinienne.

M. LEFORT. J'ai vu pratiquer l'iridectomie en Angleterre et en Allemagne, et je ne voudrais pas affirmer que cette opération ne soit pas faite un peu trop facilement par nos voisins. Dans certains cas, on n'a besoin d'employer aucun instrument pour saisir l'iris, qui s'échappe seul si la ponction de la cornée est un peu large. Quant à l'épanchement sanguin, Græfe, qui excise presque toujours l'iris dans les opérations de cataracte, n'hésite pas, quand il y a un peu d'épanchement sanguin dans la chambre antérieure, à rouvrir la ponction et à évacuer le sang.

M. RICHET. M. Follin me demande ce qu'a ma malade ; je l'ignore comme lui, et j'aurais bien voulu être éclairé à cet égard; mais je ne puis pas méconnaître le résultat, en somme, très-satisfaisant de l'opération.

Quant à l'objection que m'adresse M. Follin sur l'absence de la chambre postérieure, je ne saurais partager son avis, et je m'appuie sur les expériences de Petit, qui évaluait à 1/8e de ligne l'étendue de la chambre postérieure.

M. DEMARQUAY. On pratique, en effet, l'iridectomie avec une grande facilité chez nos voisins, qui nous accusent de ne pas étudier ces questions de pratique chirurgicale. Je serais donc heureux de voir discuter les indications de l'iridectomie dans le sein de la Société.

— La discussion sera continuée.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

Séance du 24 août 1864.

Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine.

— Des demandes de congé de MM. Giraldès et Depaul.

— Une observation de M. Delore (de Lyon) avec une planche photographique relative à un cas d'*Ectromélie du membre inférieur droit.* (Renvoyée à M. Debout.)

DISCUSSION.

Iridectomie.

M. FOLLIN. M. Richet nous a montré, dans notre dernière séance, une malade à laquelle il a pratiqué une iridectomie aux deux yeux. Le résultat opératoire était des plus satisfaisants, car l'iris était largement et nettement excisé ; la vision était améliorée, mais pas revenue toutefois à de bien bonnes conditions. Le diagnostic de cette maladie a donné lieu, entre M. Richet et moi, à une discussion sur laquelle j'ai à fournir quelques explications.

M. Richet a soutenu que cette malade était seulement atteinte d'une atrophie de la papille optique, et qu'il n'y avait pas de glaucome ; devant l'amélioration observée, j'ai pensé le contraire, et j'ai dû rechercher s'il n'y avait pas en même temps quelques signes d'une affection glaucomateuse chronique. Pour m'aider dans cette recherche, M. Richet a eu l'obligeance de me permettre d'examiner de nouveau avec lui cette malade à l'ophthalmoscope.

J'ai observé, ce qui est incontestable, une atrophie très-avancée de la papille, mais en même temps j'ai constaté un excès de tension oculaire, un pouls rétinien, puis, sous la moindre pression exercée sur le globe, un effacement complet des vaisseaux ; enfin, une petite excavation de la papille du nerf optique. Ces signes établissent, selon moi, l'existence d'un glaucome chronique à marche lente et permettent de comprendre la nature de l'amélioration que cette malade doit à l'iridectomie. L'opération a fait disparaître l'excès

de tension intra oculaire qu'avait amené le glaucome, et elle a amélioré dans une certaine mesure la vision; mais l'atrophie de la papille a empêché, malgré les excellentes conditions opératoires, que ce résultat fût plus satisfaisant. Voilà comment mon opinion peut s'accorder avec celle de M. Richet. On doit craindre d'ailleurs que cette femme, dans un temps qui ne sera pas éloigné, ne perde tout à fait la vue.

A la suite de cette présentation de malade s'est élevée dans la Société une discussion sur les applications de l'iridectomie au traitement des affections des yeux; mais comme nous étions à la fin de la séance et peu nombreux, il a été décidé que la question serait maintenue à l'ordre du jour de la séance d'aujourd'hui. Comme j'ai eu l'occasion de pratiquer déjà un bon nombre de fois cette opération dans des cas de glaucome, j'ai demandé la parole, et je viens apporter dans cette discussion importante les résultats de mon expérience personnelle.

Depuis Cheselden, qui pratiqua le premier l'iridectomie, jusqu'à ces dernières années, on faisait surtout l'iridectomie dans le but de créer une pupille artificielle, c'est-à-dire de donner aux rayons lumineux une porte d'entrée plus large ou qui cessât d'être en rapport avec quelque opacité centrale de la cornée. C'est dans ce but que sont journellement faites les iridectomies à l'aide desquelles on cherche à s'opposer aux tristes conséquences d'un leucome central. Mais depuis dix ans environ, l'iridectomie est aussi pratiquée dans le but de modifier la sécrétion des liquides intra-oculaires, et de prévenir quelques accidents phlegmasiques de l'œil.

Je n'ai point l'intention de parler de l'iridectomie qui a pour but de créer une pupille artificielle, et je ne veux m'occuper ici que de l'iridectomie de la seconde espèce, de celle qui trouve sa meilleure application dans le traitement des affections glaucomateuses. On sait que M. de Graefe eut le premier l'idée de cette heureuse application de l'iridectomie au glaucome, et, selon moi, ce sera toujours pour lui un immense honneur.

Pour bien comprendre la valeur de l'iridectomie dans le traitement du glaucome, il faut bien se rendre compte de la nature de cette maladie. C'est pourquoi je vous demande la permission d'entrer de suite dans quelques détails sur la condition anatomique essentielle du glaucome, condition que je rechercherai avec soin dans la plupart des phénomènes par lesquels s'exprime cette grave affection.

Le glaucome n'est pas une maladie que l'ophthalmoscope ait seul permis de constater, comme quelques personnes semblent le croire et comme cela a eu lieu pour beaucoup d'affections profondes des yeux. Vous en trouverez une description exacte dans des ouvrages déjà an-

ciens, et Weller, qui écrivait il y a longtemps, en avait déjà donné un aperçu assez net, dans lequel il avait bien noté la dureté et la tension du globe oculaire. Je dois même dire que les premières recherches ophthalmoscopiques sur le glaucome ne furent guère favorables à l'idée juste qu'on doit se faire aujourd'hui. de cette affection. Ainsi, quand Ed. Jæger annonçait que la papille du nerf optique était saillante dans le glaucome, il exprimait une opinion erronée, qui renversait un peu toutes nos idées sur l'évolution de cette maladie.

Aujourd'hui, l'accord s'est fait entre les résultats des observations ophthalmoscopiques et ceux des études antérieures sur le glaucome; quelle que soit l'opinion qu'on se fasse sur la nature de cette maladie, on reconnaît dans l'œil glaucomateux un excès de tension, et pour ma part je pense, avec M. de Graefe, que cette tension exagérée est due à une irido-choroïdite fournissant en abondance une sérosité qui infiltre le corps vitré et comprime les éléments les plus importants de la rétine. La cécité glaucomateuse est ainsi une cécité par compression. Le but du traitement doit donc être de faire cesser cette tension, et pour ma part je pense que l'iridectomie remplit bien ce but.

Je désire, pour démontrer que l'excès de tension intra-oculaire domine toute l'histoire du glaucome, rappeler rapidement les principaux caractères de cette maladie. La dureté quelquefois pierreuse du globe, la difficulté que le malade éprouve à le faire rouler dans l'orbite, l'hyperémie veineuse sous-conjonctivale, l'effacement de la chambre antérieure, les douleurs orbitaires et ciliaires, sont tous signes qui peuvent se rapporter facilement à une augmentation de la tension du globe par les liquides intra-oculaires. La presbyopie, qu'on voit souvent au début du glaucome, s'explique facilement par l'aplatissement consécutif du cristallin ; et la compression des nerfs ciliaires rend bien compte de l'anesthésie de la cornée et de la dilatation de la pupille. Les obscurcissements partiels de la vue ont aussi leur raison d'être dans la tension exagérée du globe, et l'on peut reproduire artificiellement ce phénomène en comprimant peu à peu et progressivement le globe de l'œil avec le doigt. On diminue aussi dans cette expérience l'étendue du champ visuel, comme cela se produit naturellement dans l'évolution des affections glaucomateuses. Enfin, il n'est pas jusqu'aux signes ophthalmoscopiques qui ne témoignent de cette tension exubérante de l'œil. L'enfoncement de la papille optique dans le glaucome est la conséquence d'une pression exagérée et progressive au niveau de l'entrée du nerf optique, point où la résistance de la coque oculaire est le plus faible. Quant au pouls rétinien, si marqué dans les affections glaucomateuses, il est si bien la conséquence d'une augmentation de pression dans l'œil, qu'on peut, comme on

sait, le produire artificiellement par la seule pression du doigt sur un globe oculaire sain.

Ainsi, quel que soit le signe qu'on interroge, il témoigne d'une tension exagérée, et ce témoignage, vous le retrouverez dans les diverses périodes et dans les diverses formes du glaucome. Il faut bien se pénétrer de cette idée pour comprendre la haute valeur d'une méthode opératoire qui a la juste prétention de diminuer la pression intra-oculaire.

Que vous constatiez dans la période prodromique du glaucome une dureté plus notable du globe, une presbyopie légère, une petite dilatation de la pupille, des obscurcissements partiels, ou que vous soyez appelés à constater un de ces cas aigus où ne manque aucun des signes indiqués plus haut, vous trouverez partout un excès faible ou fort de la tension intra-oculaire normale, et vos malades arriveront dans tous les cas plus ou moins vite à un résultat fatal, la cécité par compression.

Bien avant que l'iridectomie fût appliquée au traitement du glaucome, on avait déjà songé à combattre cette maladie à l'aide de moyens qui diminuent la tension intra-oculaire. Les mydriatiques ne paraissent pas agir autrement ; tel est le but de la paracentèse cornéenne que M. Sperino vient de vanter de nouveau dans le traitement du glaucome, mais que Wardrop avait proposée naguère pour guérir certaines affections des yeux, parmi lesquelles il est facile de reconnaître des affections glaucomateuses. L'expérience nous a appris que la paracentèse par la cornée est un simple moyen palliatif.

Certes, la tension oculaire diminue après la ponction de la cornée, mais le liquide se reproduit si vite que le malade se trouve bientôt dans des conditions analogues à celles où il était avant l'opération. De plus, ce n'est pas sans quelques accidents inflammatoires du côté de la cornée qu'on pratique plusieurs fois de suite des ponctions sur cette membrane.

Je pense donc qu'il ne faut pas accorder beaucoup de confiance à la paracentèse cornéenne dans ce cas, que l'emploi de ce moyen peut nous faire perdre un temps précieux, et qu'il ne saurait être préféré à l'iridectomie.

J'en dirai autant de l'opération de M. Hancock, qu'il a baptisée du nom de *section du muscle ciliaire*, mais qui n'est en vérité qu'une ponction oculaire par la sclérotique. J'ai déjà eu l'occasion de m'exprimer à cet égard à propos d'une communication que nous a faite M. Serres (d'Alais). Je rappellerai qu'au point de vue théorique comme au point de vue pratique, rien n'autorise à préférer l'opération de M. Hancock à l'iridectomie ; d'une part, rien ne prouve en

effet que le glaucome soit le résultat d'une altération particulière du sang, qui donnerait lieu à une contracture du muscle ciliaire ; et de l'autre, l'examen anatomique du muscle ciliaire démontre que la section pratiquée par M. Hancock, c'est-à-dire la ponction qu'il fait dans la sclérotique à 1 millimètre en arrière de l'union de la sclérotique avec la cornée, ne peut avoir pour but réel que d'écarter ou de couper quelques fibres longitudinales du muscle et non cette portion circulaire qui devrait être l'agent de la tension du glaucome. Je crois, du reste, inutile d'insister sur cette opération, qui paraît être jugée par les compatriotes de M. Hancock comme par moi.

J'arrive maintenant à l'iridectomie, que je tiens, au contraire, pour une opération rationnelle, qui fait diminuer sûrement et le plus souvent d'une façon permanente la tension intra-oculaire exagérée. Les expériences sur les animaux établissent qu'après l'excision de l'iris la tension normale de l'œil diminue, et après la même opération pratiquée avec succès sur un œil glaucomateux, vous retrouvez encore une tension oculaire moindre. Comment cela se produit-il ? je n'en sais rien, malgré les hypothèses proposées ; mais la réalité du fait est certainement incontestable. L'iridectomie, faisant diminuer la tension intra-oculaire, est donc parfaitement indiquée dans tous les cas comme le glaucome, où cette tension est exagérée.

Il faut maintenant examiner si cette opération est applicable aux différentes formes de glaucome, dans quels cas elle est plus favorable, et à quelle période de la maladie elle peut être pratiquée avec le plus de chances de guérison. Sans des indications précises, nous risquons de compromettre les plus belles opérations.

C'est dans la période prodromique du glaucome qu'il serait le plus utile de pratiquer l'iridectomie : l'excès de tension est encore peu considérable, les lésions intra-oculaires sont peu marquées et partant le succès plus assuré. Mais on décide rarement les malades à se laisser opérer à cette période du glaucome, surtout s'ils ne souffrent que d'un œil et que l'autre soit encore sain. Les malades se décideront plus facilement si déjà ils ont eu le malheur de perdre un œil.

Du reste, il y a dans la période prodromique du glaucome pour ainsi dire deux phases : l'une marquée par des intermittences franches, dans lesquelles l'œil revient tout à fait aux conditions normales ; l'autre où il n'y a que de simples rémissions des phénomènes morbides.

Je pense que si durant la première phase de la période prodromique, on peut encore attendre, il faut, dans la seconde, tâcher de décider le malade à se soumettre promptement à l'opération, en lui

démontrant que d'un jour à l'autre il peut être frappé d'une attaque de glaucome aigu, quelquefois foudroyant.

On est plus souvent conduit à opérer dans le glaucome aigu, parce qu'à la cécité glaucomateuse se joignent des douleurs qui engagent le malade à laisser pratiquer l'iridectomie. Il faut en tout cas opérer le plus tôt possible, et c'est l'état de la vision qui doit nous guider surtout ici dans l'appréciation des chances de succès.

La vision peut être très-obscurcie, si obscurcie même que le malade voie à peine des lumières qui passent devant lui. Mais cela peut tenir soit à un énorme excès de tension, chose très-fâcheuse, soit à un défaut de transparence des milieux au sein desquels s'est faite une exsudation séro-sanguine. Il est donc très-important d'interroger avec l'ophthalmoscope l'état de transparence du corps vitré, car dans le second cas les chances de succès seront plus nombreuses que dans le premier. Cependant j'ai opéré heureusement, avec notre honorable confrère M. Ch. Fournier, une dame frappée d'un glaucome aigu double et dont la vision était si éteinte par l'excès de tension oculaire que la malade distinguait à peine le feu placé près de son lit. Cet état durait depuis une quinzaine de jours, lorsque l'opération fut pratiquée, et le résultat en a été très-satisfaisant, car la malade lit très-facilement les différentes impressions de nos journaux politiques.

Afin de bien m'assurer du degré de la vision, j'ai l'habitude de l'explorer dans une chambre obscure, et j'ai plus d'une fois constaté que tel individu qui ne donnait que des signes fort douteux de perception visuelle lorsqu'on l'examinait au grand jour, pouvait, dans une chambre obscure et avec une lumière artificielle vive, indiquer assez nettement des traces d'une sensibilité rétinienne encore assez notable.

Les chances de succès de l'iridectomie sont moins grandes dans les cas où le champ visuel est très-rétréci, où il est disposé sous la forme de fente, et où la fixation, au lieu d'être centrale, est excentrique, c'est-à-dire quand l'œil est obligé de diriger son axe optique en dehors de l'objet qu'il examine pour le distinguer plus nettement.

Il convient aussi, pour apprécier les chances de guérison, de prendre avec soin la mesure de la tension oculaire, qui est la cause de douleurs orbitaires et péri-orbitaires souvent atroces, douleurs qui peuvent aller jusqu'à produire des vomissements réflexes. Toutes choses égales d'ailleurs dans l'état de la vision, il faut, lorsque la tension est grande, opérer vite. Les chirurgiens qui conseillent de ne faire l'iridectomie que lorsque les douleurs sont moins vives et que les vomissements cessent, donnent, selon moi, un conseil dan-

gereux. L'iridectomie est le meilleur moyen de faire cesser ces douleurs et ces vomissements.

Cela me conduit, Messieurs, à dire qu'il n'y a pas de limite de temps pour opérer après le début de la maladie. Je crois même qu'il y aurait quelque danger à fixer, même approximativement, une limite, car elle pourrait servir de règle et être d'une application dangereuse. Il faut opérer le plus promptement possible, car on a vu des yeux perdus en vingt-quatre heures dans une attaque foudroyante de glaucome. Au bout de quinze jours, les chances de retour à la vision sont faibles dans le glaucome aigu ; mais je vous ai cependant cité un succès exceptionnel dans ce cas. C'est en réfléchissant à toutes ces circonstances qu'on a lieu de se plaindre des retards trop souvent apportés à l'opération, et qu'on doit espérer que l'iridectomie sera un jour pratiquée partout comme l'est la trachéotomie, car c'est, comme l'ouverture de la trachée, une opération d'urgence.

Du reste, le plus souvent le malade se félicite bientôt de l'opération qu'il a subie dans le glaucome aigu. Les douleurs cessent, le sommeil revient, la tension oculaire diminue peu à peu, et la vision reparaît. C'est d'abord celle des gros objets ; mais peu à peu l'opéré distingue des objets fins, les caractères habituels d'impression. J'ai opéré une malade qui au bout de deux mois lisait nettement les n°s 7 et 8 du livre de Jæger. Il paraît aussi se passer dans le fond de l'œil, du côté de la papille optique, des changements qui témoignent d'une diminution dans la tension oculaire.

Il y a une forme de glaucome aigu à marche rapide, le *glaucome hémorrhagique,* dans laquelle l'opération réussit moins bien, non pas que l'iridectomie ne fasse pas cesser la tension oculaire, mais parce qu'elle n'empêche pas la production d'hémorrhagies intra-oculaires fatales à la vision.

Dans le *glaucome chronique,* dont la marche est souvent si insidieuse, et qui ne se traduit parfois que par un petit nombre de signes, l'iridectomie ne donne pas d'aussi brillants résultats que dans le glaucome aigu : cependant elle fait sûrement cesser les douleurs, elle arrête souvent la marche de la maladie pour un temps indéterminé, et parfois elle amène une amélioration des plus satisfaisantes dans la vision. Je ne peux indiquer ici que les résultats généraux de l'opération, mais ils me semblent assez satisfaisants pour engager les chirurgiens à la pratiquer dans tous les cas de glaucome chronique où existe encore une certaine somme de vision.

C'est dans le glaucome chronique qu'on observe assez souvent des récidives, mais elles ne doivent pas faire désespérer de l'iridectomie. Il faut, dans ce cas, pratiquer de nouveau l'opération, et la faire lar-

gement dans les conditions que je dirai plus loin. Malheureusement, ces récidives sont d'assez mauvais augure ; l'atrophie des nerfs optiques complique assez souvent la tension glaucomateuse, et les malades finissent par devenir peu à peu aveugles. C'est le cas de la malade de M. Richet.

Jusqu'alors je n'ai parlé que de faits dans lesquels peut s'opérer un certain retour à la vision. Il y a malheureusement certaines formes glaucomateuses où l'on ne peut rien espérer. Dans ce nombre, il faut placer cette forme de glaucome à laquelle M. de Graefe a donné lo nom d'amaurose avec excavation de la pupille, parce qu'il ne voit pas là un glaucome, mais que je crois être un glaucome, car il y a un excès de tension oculaire, une dépression de la papille et d'autres phénomènes encore, tout cela, il est vrai, sans aucune poussée phlegmasique. On ne doit guère espérer davantage dans le *glaucome absolu,* où il y a une perte de la perception même quantitative de la lumière.

Mais il ne suffit pas d'opérer de bonne heure ; il faut que l'opération soit faite dans certaines conditions qui en assurent le succès. Lorsque le lambeau excisé de l'iris est trop étroit et qu'il ne comprend qu'une partie voisine du bord pupillaire, l'iridectomie ne donne pas un résultat satisfaisant. Il faut exciser un large lambeau de l'iris et l'exciser jusqu'au bord ciliaire de cette membrane. Pour atteindre ce but, on doit pratiquer une ponction scléroticale. On pénétrera dans la chambre antérieure avec le couteau lancéolaire par une ponction oblique faite sur la sclérotique à 1 millimètre en arrière de l'union de la sclérotique avec la cornée. L'iris sort de lui-même ou est attiré au dehors, et grâce à ses rapports avec l'incision faite à la sclérotique, il est facile d'atteindre l'iris jusqu'au bord ciliaire. Si l'on faisait une ponction à la cornée, on ne pourrait pas facilement exciser l'iris aussi loin, jusqu'à la limite de ce bord ciliaire.

Tout en vantant beaucoup ici l'iridectomie, je ne veux pas dire que cette opération soit absolument dépourvue de dangers. Ainsi, dans certains cas de glaucome où existe une énorme tension, surtout si l'on n'a pas soin de laisser l'humeur aqueuse s'écouler lentement au dehors, on court risque de voir se produire une redoutable **hémorrhagie intra-oculaire** par cessation brusque de la tension. Des **décollements de la rétine** peuvent se faire aussi dans des conditions analogues. Il n'est pas impossible qu'après la détente produite par la ponction de l'œil, le cristallin se soit porté brusquement en avant, et qu'il y ait une rupture de la capsule antérieure du cristallin et consécutivement une **cataracte,** enfin des **irido-choroïdites** avec des synéchies consécutives, une **ophthalmite** même ont été vues après l'iridectomie.

Mais ce sont là des accidents relativement rares et qui ne peuvent être mis en balance avec les admirables résultats curatifs de l'opération.

Le bilan de l'iridectomie appliquée au traitement du glaucome est aujourd'hui des plus satisfaisants. Les services rendus par cette opération sont immenses, et j'ai la profonde conviction d'avoir, grâce à elle, conservé une vue souvent très-satisfaisante à des individus qui sans cela seraient aujourd'hui complétement aveugles. On comprend donc l'enthousiasme avec lequel de divers côtés cette opération a été accueillie, et on ne s'expliquerait pas une certaine indifférence à son égard.

Du reste, Messieurs, ce n'est pas seulement dans la cure du glaucome classique que l'iridectomie a donné d'heureux résultats, elle est indiquée aussi partout où existe un excès de tension intra-oculaire, que la vision soit ou non conservée.

Lorsque l'irido-choroïdite glaucomateuse suit une marche continue, l'œil subit, vous le savez, une sorte de dégénérescence dans laquelle on constate des altérations ulcéreuses de la cornée, la formation d'un hypopion, de nombreuses synéchies postérieures avec une augmentation progressive de la tension oculaire. Cet état s'accompagne de douleurs térébrantes qui ne laissent au malade aucun repos et exercent sur l'œil resté sain une influence réflexe des plus nuisibles. J'ai un bon nombre de fois pratiqué une large iridectomie dans des cas analogues, et j'ai obtenu de suite une rémission des douleurs, une cessation de cet état phlegmasique, et enfin le retour de l'œil à une condition très-tolérable. Il est bien entendu que dans ces cas le malade ne doit rien espérer du côté de la vision.

Il y a une forme d'iritis à récidives contre laquelle l'iridectomie est encore bien utile. On sait que chez quelques individus, surtout chez des rhumatisants, l'iritis récidive quelquefois d'une façon désespérante. Chaque attaque d'iritis est marquée par la production de synéchies postérieures, et ces synéchies, sans cesse tiraillées dans les mouvements de dilatation et de rétrécissement de la pupille, sont une cause incessante de nouvelles phlegmasies iriennes. Au bout d'un certain temps, le bord pupillaire de l'iris adhère complétement à la surface antérieure du cristallin, que recouvrent aussi des produits plastiques grisâtres. Je pense qu'il ne faut pas attendre un résultat aussi fâcheux et qu'après deux ou trois récidives de l'iritis avec synéchies, il faut pratiquer une large iridectomie, qui met souvent un terme à ces phlegmasies récidivantes de l'iris.

Lorsqu'après l'opération de la cataracte par abaissement surviennent de ces irido-choroïdites traumatiques qui plongent dans de

vives douleurs les malades, et cela parfois durant plusieurs années, il n'est pas, selon moi, de meilleur moyen de faire cesser la douleur et les accidents consécutifs que de pratiquer l'excision de l'iris. Dans un cas où des douleurs atroces et un décollement de la rétine s'étaient montrés quarante jours après une opération d'abaissement de cataracte qui jusqu'à ce moment avait été un beau succès, je suis arrivé à faire cesser tous les accidents phlegmasiques par une large excision de l'iris. — Enfin c'est à l'iridectomie qu'il faudrait encore avoir recours pour combattre les accidents inflammatoires qui suivent l'introduction de corps étrangers dans l'œil, ou pour en extraire ceux qui se forment dans cet organe, comme les cysticerques, par exemple.

Jusqu'alors, Messieurs, j'ai considéré l'iridectomie comme moyen de traitement de ces phlegmasies de l'œil qui s'accompagnent toutes, à un degré plus ou moins fort, d'une augmentation notable de la tension intra-oculaire. Il faut maintenant étudier ce qu'elle peut fournir à la chirurgie comme moyen préventif d'accidents inflammatoires dans une opération souvent pratiquée, la cataracte.

Il n'y a aujourd'hui que trois méthodes opératoires qui se partagent le traitement de la cataracte : l'abaissement, le broiement et l'extraction. Le broiement n'a jamais été une méthode générale ; l'abaissement, mieux jugé, perd de plus en plus de partisans, et l'extraction reste maintenant seule maîtresse du terrain. Quoique, selon moi, l'extraction doive devenir la méthode générale de traitement de la cataracte, je suis prêt à reconnaître qu'un grand lambeau comprenant la moitié de la cornée est exposé à des accidents graves qui compromettent assez souvent la réussite de l'opération. J'ai l'intime conviction que là est le principal obstacle à de très-nombreux succès. Aussi depuis longtemps les chirurgiens ont été préoccupés de l'idée de rétrécir ce lambeau. C'était la pensée de Pourfour du Petit, de Saint-Yves de Pallucci, de Wardrop et de Gibson. Dans ces dernières années on est revenu à cette idée avec une persévérance plus grande, et ainsi s'est peu à peu constituée la *méthode de l'extraction linéaire* dans laquelle on n'incise guère la cornée que dans l'étendue du quart de sa circonférence.

Je n'ai point à faire ici l'histoire de ce mode opératoire, je ne veux en parler que dans ses rapports avec l'iridectomie. Eh bien, l'extraction linéaire simple avec une incision d'un quart seulement de la circonférence de la cornée n'est applicable qu'aux cataractes des adultes complétement molles ou liquides, sans noyau, à quelques cataractes congéniales, enfin à certaines cataractes traumatiques ramollies qui se gonflent rapidement. Les cataractes à noyau dur, les plus fréquentes, ne peuvent pas sortir par une ouverture aussi

étroite de la cornée. C'est pour étendre les applications de l'extraction linéaire, c'est aussi dans le but de diminuer les chances d'une phlegmasie intra-oculaire qu'on a voulu combiner l'iridectomie avec l'opération de la cataracte. Les uns, avec M. Schuft, conseillent d'exciser l'iris immédiatement avant l'opération, et les autres, avec M. A. Mooren, une quinzaine de jours environ avant l'extraction linéaire.

J'ai pratiqué plusieurs fois l'iridectomie immédiatement avant d'extraire une cataracte par une petite incision de la cornée, et je crois que cette méthode est parfaitement indiquée dans le cas où les yeux sont irritables et le siége d'une phlegmasie chronique de la conjonctive, quand il y a des cataractes adhérentes ou une cataracte molle qui, en se gonflant rapidement, a amené de l'iritis, et encore dans ces cas de cataracte à noyau dur et à substance corticale très-molle. Je n'ai eu le plus souvent qu'à me louer de cette opération. J'ajoute toutefois qu'elle me paraît devoir constituer une méthode exceptionnelle pour le traitement de la cataracte, et que la méthode ancienne avec une légère réduction dans l'étendue du lambeau doit rester longtemps encore dans la pratique de la chirurgie. Ceux qui veulent toujours faire l'iridectomie avant d'extraire la cataracte semblent oublier que cette opération est quelquefois suivie d'accidents, qu'elle déforme la pupille et rend l'aspect de l'œil peu gracieux, enfin que dans certains cas le sang qui s'écoule de l'iris excisé peut, lorsqu'il n'est pas adroitement enlevé, contribuer à donner lieu à des fausses membranes secondaires dans le champ de la pupille. Mais dans les cas où il n'y a que peu ou point d'épanchement de sang dans la chambre antérieure, l'opération se fait rapidement et est en général suivie de succès.

De toutes ces remarques sur l'application de l'iridectomie au traitement des maladies des yeux, je crois pouvoir conclure :

1° Que cette opération contribue à diminuer la tension oculaire en débridant l'œil et sans doute en modifiant la sécrétion des liquides intra-oculaires ;

2° Qu'elle est indiquée dans tous les cas où il y a primitivement un excès de tension intra-oculaire, comme dans le glaucome franc et dans d'autres affections des yeux qui se compliquent d'une pression exagérée des liquides de l'œil ;

3° Enfin, qu'elle peut être aussi un moyen préventif de l'irido-choroïdite séreuse qui complique certaines opérations de cataracte, et qu'elle doit être utilement associée à l'extraction linéaire dans les cas que j'ai indiqués déjà.

L'espèce d'iridectomie dont je viens de parler a donné des preuves solides et nombreuses de sa valeur, et malgré quelques exagérations

faciles à comprendre dans l'application de toutes les méthodes nouvelles, elle ne sortira pas maintenant de la thérapeutique des affections oculaires.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. PERRIN présente un malade opéré avec succès d'*iridectomie* et communique l'observation suivante, qui a été recueillie dans son service par M. le docteur Picard, médecin requis.

F..., vieillard de soixante-dix-huit ans, a perdu la vue de l'œil gauche à la suite d'une attaque de glaucome survenue il y a une vingtaine d'années. Le malade se rappelle avoir ressenti à cette époque de vives douleurs sus-orbitaires, et s'être réveillé le matin avec une perte complète de la vision de ce côté.

Actuellement, cet œil présente tous les caractères extérieurs d'un glaucome chronique.

Le malade, dans l'intervalle de temps qui a séparé la première attaque de celle pour laquelle il entre aujourd'hui à l'infirmerie, ne se rappelle pas avoir éprouvé de nouveaux accidents du côté des yeux. Il aurait seulement ressenti quelques douleurs sus-orbitaires, et la maladie paraît dans les deux cas s'être déclarée sans aucun prodrome.

Aujourd'hui 16 décembre, le malade se présente dans l'état suivant :

Quelques douleurs sus-orbitaires ont précédé l'attaque de cette nuit, mais ces douleurs sont beaucoup plus vives actuellement.

La muqueuse est le siége d'une vive inflammation, et l'on constate une injection sous-conjonctivale très-prononcée. Les vaisseaux sclérotidiens eux-mêmes sont fortement congestionnés; ils forment un cercle plus vif et d'une coloration plus tranchée au pourtour de la cornée.

En procédant à l'examen des parties plus profondes, on voit une notable déformation de la pupille, déformation appréciable surtout dans le diamètre vertical. Le champ pupillaire présente aussi une légère teinte opalescente.

L'iris est décoloré et offre une teinte d'un gris sale; il ne se contracte plus à la lumière.

La chambre antérieure a disparu, et l'iris est refoulé vers la cornée en formant un plan incliné d'arrière en avant.

Il existe une dureté assez considérable du globe, mais il n'y a pas d'anesthésie de la cornée.

L'éclairage latéral permet de distinguer plus nettement encore la

disparition complète de la chambre antérieure, et la teinte de la lentille cristalline légèrement opacifiée dans toute sa substance.

Pour procéder à l'examen ophthalmoscopique, on instille de l'atropine : la pupille se dilate encore. La lumière pénètre au fond de l'œil; on en constate la teinte rosée, mais on n'en peut saisir les détails soit à l'image renversée, soit à l'image droite; ce résultat est dû sans doute aux conditions dioptriques de l'œil, qui sont changées, et aussi à la teinte légèrement grisâtre du cristallin, ainsi qu'au trouble de l'humeur aqueuse et du corps vitré.

On constate aussi, avec le miroir seulement, que toute la surface de la cornée est dépolie et qu'elle présente un état pointillé dû à la destruction partielle de son épithélium; c'est à cette circonstance qu'il faut attribuer le reflet terne qu'elle a actuellement.

Le malade est dans un état de prostration assez grand et a une tendance à toujours dormir. — On applique le jour même huit sangsues à la tempe droite.

Le 17, les phénomènes de compression ont augmenté. La congestion des vaisseaux conjonctivaux est plus considérable. Les douleurs sus-orbitaires n'ont pas cessé de tourmenter le malade pendant toute la nuit. L'inflammation de la conjonctive est plus vive. Il y a ce matin un chémosis séreux intense, et le cercle sclérien est très-développé.

L'anesthésie de la cornée est aujourd'hui très-manifeste, et sa surface est profondément dépolie.

L'iridectomie est pratiquée immédiatement. L'iris a été excisé dans le quart externe de sa circonférence, selon les règles ordinaires. Un caillot sanguin s'est formé; il couvre tout le champ pupillaire et toute la surface de l'iris.

Le 18, le malade n'a plus souffert et a passé la nuit dans un calme parfait. L'opération a bien réussi et les résultats en sont satisfaisants. Le caillot qui masquait la pupille commence déjà à se résorber; il est attaqué par les humeurs de l'œil sur plusieurs points à la fois. Aucun accident inflammatoire consécutif.

Depuis, la résorption de ce caillot s'est faite insensiblement et en grande partie, et la vision, durant ces huit derniers mois, a toujours été en s'améliorant. Le malade voit aujourd'hui, et lit couramment le nº 10 de l'échelle typographique de M. Giraud-Teulon. Il reste dans le champ de la pupille deux débris isolés du caillot primitif, qui ont été le point de départ de légères exsudations aux deux extrémités du grand diamètre de la pupille. Cette particularité nous paraît être la cause du retard apporté au rétablissement complet de la vision.

Le 30 août, l'exploration ophthalmoscopique permet de recon-

naître les détails du fond de l'œil. La papille optique a ses caractères normaux, et ne présente aucune excavation pathologique, ni modification dans le trajet et la disposition des vaisseaux. On ne constate, d'ailleurs, sur le champ rétinien aucune altération appréciable. Le globe oculaire possède encore une dureté plus prononcée qu'à l'état normal. Le cristallin et l'iris restent projetés en avant, et effacent en grande partie la chambre antérieure.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

Séance du 31 août 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — La *Gazette médicale de Strasbourg.* — Le *Journal de médecine de Bordeaux.* — Le *Bulletin médical du nord de la France.* — Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale.* — L'*Art dentaire.* — Le *Bulletin de la Société anatomique de Paris* pour 1862.

— M. le docteur Monteros adresse à la Société pour le prix Duval sa thèse pour le doctorat en médecine, intitulée *Du traitement des fistules urinaires chez la femme.*

— M. Bouvier fait hommage, au nom de M. le docteur Laborde, d'un volume intitulé : *De la paralysie de l'enfance et des déformations qui en sont la suite,* avec planches.

DISCUSSION.

Iridectomie.

M. PERRIN. J'ai pensé que la Société, en mettant à l'ordre du jour la question de l'iridectomie, avait surtout pour but de faire appel à la pratique de chacun de ses membres pour juger d'après les faits la valeur de cette opération. C'est pour ce motif que j'ai demandé la parole.

J'ai fait durant ces derniers mois deux opérations d'iridectomie : la première a été pratiquée chez ce vieillard de soixante-dix-huit ans

que j'ai eu l'honneur de vous présenter à la fin de la dernière séance. Il s'agissait, comme l'indique clairement l'observation, d'une attaque de glaucome inflammatoire aigu, assez intense pour avoir entraîné la perte à peu près absolue de la vision en trente heures. Le volume et la dureté du globe oculaire, la rougeur diffuse de la conjonctive épaissie et comme infiltrée, l'existence du cercle vasculaire sclérotidien, l'état d'exfoliation et d'insensibilité de la cornée, enfin l'aspect de l'iris et de la pupille, et les douleurs, ne laissaient aucun doute sur la nature réelle de l'affection. J'ai interrogé avec soin le champ de la vision depuis le début des accidents jusqu'à leur complet développement, et je n'ai constaté aucune diminution. Si je signale ce détail, c'est pour mettre en garde contre l'importance que l'on m'a paru vouloir attacher à l'existence de ce signe diagnostique quand il s'agit de décider l'opportunité de l'iridectomie. La diminution du champ visuel est l'expression fonctionnelle d'altérations profondes et incurables survenues du côté de la papille optique par suite de l'excès de tension intra-oculaire. Au point de vue des services que l'excision de l'iris est appelée à rendre, les glaucomes peuvent être partagés en deux classes : les uns, sans excavation de la papille et sans diminution symptomatique du champ de la vision ; ce sont tous les glaucomes au début, et surtout les glaucomes inflammatoires, qui, en raison de leur violence, attirent plus tôt l'attention ; les autres, avec excavation et diminution du champ visuel ; ce sont les glaucomes d'une certaine durée, et surtout ces glaucomes chroniques, à marche insidieuse, et qui, en raison de leur bénignité relative, provoquent tardivement l'intervention de l'art. Il résulte de cette distinction qu'en attachant trop d'importance à l'état du champ de la vision quand on veut se décider à pratiquer l'iridectomie, on serait conduit à l'appliquer aux cas qui la réclament le moins. L'expérience s'est déjà suffisamment prononcée à cet égard. Il n'y a de guérison à espérer au point de vue du rétablissement de la vision que si la papille optique est encore intacte.

J'arrive à l'opération elle-même. Avant de la pratiquer, j'ai fait des instillations d'atropine, c'est-à-dire que j'ai suivi une pratique précisément contraire à celle que nous recommandait M. Follin dans la dernière séance, et qui consiste à faire usage de la fève de Calabar. J'avoue que, sauf meilleur avis, je serais assez disposé à continuer, car je ne vois dans l'action de la fève de Calabar que des inconvénients sans aucun avantage. En resserrant la pupille, elle attire nécessairement le bord de l'iris, qu'il faut aller saisir vers le centre du cristallin, c'est-à-dire vers le point où l'iris sera nécessairement plus exactement appliqué sur la cristalloïde : d'où manœuvre plus diffi-

cile, danger plus grand de léser le cristallin, ce qui est, on le sait, l'écueil principal de l'iridectomie, et l'une des petites difficultés à vaincre que l'on rencontre. Au lieu d'avoir une membrane rigide, n'y a-t-il pas un avantage réel à la trouver souple, inerte, flottante au voisinage de la ponction, et toute disposée à s'engager d'elle-même entre les lèvres de l'incision, comme cela arrive assez souvent? Mais ce n'est pas tout : l'iris, dans le glaucome, perd promptement sa tonicité, sa consistance, de telle façon que le moindre effort suffit pour le déchirer irrégulièrement, pour le décoller dans une grande partie de sa circonférence. Avec la fève de Calabar, cette complication sera plus à craindre, on le comprend facilement.

J'ai employé le procédé de M. de Graefe et cherché à exciser une large portion de l'iris, depuis sa petite circonférence jusqu'à son insertion. Il m'a paru très-facile de pratiquer une large excision du corps même de l'iris et de faire une ponction suffisamment large; mais il n'en est plus ainsi pour l'ablation de son bord, auquel l'illustre professeur de Berlin semble attacher une grande importance. J'ai voulu, ainsi qu'il l'enseigne, découper par deux coups de ciseaux distincts le lambeau à réséquer, puis l'attirer au dehors de façon à l'avoir bien carré et bien détaché jusqu'à sa base d'insertion. Je n'y suis point parvenu; j'ai trouvé entre les mors de mon instrument une petite masse pulpeuse informe, sans face ni bords, que j'ai excisée aussi complétement que je l'ai pu. Tout n'a pas été enlevé, ainsi que vous avez pu le constater; il reste une petite bandelette irienne au niveau de la ponction. Toutefois, ce qui m'a rassuré, c'est que mon malade a parfaitement et très-rapidement guéri.

Ce fait me laisse des doutes au sujet de l'importance réelle qu'il y a à enlever l'iris dans toute sa hauteur. On peut exciser très-largement l'iris sans toucher à son bord: vous en avez la preuve chez ce malade.

Je tiens à signaler ce détail, d'abord parce que l'excision de la marge irienne est relativement difficile, incertaine, et qu'il faut y regarder de près quand il s'agit d'ajouter une difficulté de plus à une opération dont l'insuccès pourrait engager l'habileté de l'opérateur, et qui ne rendra tous les services qu'elle promet qu'autant qu'elle sera vulgarisée comme opération d'urgence, reconnue facile et à la portée de tout le monde.

Mais c'est surtout parce que j'y vois rationnellement un danger, celui de couper de plus gros vaisseaux, et par conséquent d'ajouter aux chances déjà si fâcheuses de l'hémorrhagie.

A peine l'excision de l'iris fut-elle terminée, que la chambre antérieure se remplit de sang. Il fut évacué à plusieurs reprises, mais,

malgré tous mes soins, il resta une mince pellicule de sang coagulé étalée devant la pupille et devant ce qui restait de l'iris.

L'opération eut les suites les plus simples : elle fut suivie de la cessation immédiate des douleurs, d'un soulagement vraiment merveilleux. La vision des gros objets revint vers le troisième jour; puis le malade y vit de mieux en mieux, à mesure que la résorption du caillot fut plus avancée.

Aujourd'hui, huit mois après l'opération, l'œil a recouvré ses caractères normaux; le malade lit facilement le n° 10 de l'échelle de M. Giraud-Teulon. Mais il reste dans le champ de la pupille deux petits fragments du caillot primitif, qui sont devenus le point de départ d'exsudations fibrineuses étalées comme un réseau délicat sur la capsule du cristallin. Sans aucun doute, c'est à elles exclusivement qu'il faut attribuer la diminution qui existe encore et qui existera probablement toujours dans l'acuité de la vision.

L'écoulement du sang dans la chambre antérieure a donc été dans ce cas un accident très-sérieux. J'ajoute d'une façon générale que c'est une complication toujours redoutable; puisque sa production est indépendante de l'habileté de l'opérateur, et que ses suites sont livrées à la merci des forces capricieuses de la résorption. Aussi suis-je fort étonné du peu d'importance que paraissent y attacher les auteurs qui ont écrit sur l'iridectomie. C'est à peine s'ils en font une mention vague, comme s'il s'agissait d'un petit accident sans conséquence.

J'étais encore sous l'impression de ce premier fait, lorsque l'occasion se présenta d'appliquer l'iridectomie à l'extraction de la cataracte.

Il s'agissait d'une cataracte nucléaire compliquée d'une large synéchie postérieure chez un vieillard atteint d'une de ces vieilles conjonctivites *à répétition*, considérées à tort ou à raison comme une menace d'accidents inflammatoires consécutifs. Au double point de vue du manuel opératoire et des suites de l'opération, l'iridectomie me paraissait indiquée. Mais avant de prendre un parti, je tins à être renseigné sur le degré de fréquence de l'hémorrhagie irienne. J'interrogeai sur ce point quelques-uns de nos confrères, qui ont vu de près et pendant longtemps la pratique des ophthalmologistes allemands. Il me fut répondu que l'iris malade saignait toujours, mais l'iris sain rarement.

Rassuré, je pratiquai mon opération. Les ciseaux n'eurent pas plutôt touché à l'iris, que la chambre antérieure fut obscurcie par le sang, versé en petite quantité il est vrai, puisque après deux évacuations il me fut possible d'extraire le cristallin sans difficulté, mais en quantité suffisante pour tout compromettre.

Si j'en excepte une conjonctivite assez tenace, l'opération eut les suites les plus heureuses; le malade guérit assez rapidement, la vision des gros objets fut rétablie; mais aujourd'hui, cinq semaines après l'opération, il reste dans le champ de la pupille un très-petit caillot sanguin, qui a provoqué des exsudations fibrineuses, étalées en membranes et ramifiées vers tous les points de la petite circonférence de l'iris. Leur présence me paraît être le seul obstacle à une vision plus distincte, et elle ne me laisse pas sans crainte d'une atrésie consécutive de la pupille.

Deux faits ne prouvent pas grand'chose; mais peut-être jugerez-vous comme moi qu'ils sont suffisants pour montrer qu'il faut tenir plus grand compte qu'on ne l'a fait jusqu'alors de la fréquence de l'épanchement de sang intra-oculaire à la suite de l'excision de l'iris. L'iridectomie en elle-même est l'opération la plus simple, la plus facile, la plus bénigne dans ses suites; mais l'écoulement de sang qu'elle entraîne souvent compromet l'organe dans une mesure qu'il est impossible de prévoir.

Il résulte pour moi des remarques qui précèdent, ces deux conclusions pratiques ;

1° Que l'iridectomie appliquée au traitement du glaucome, qui entraîne presque toujours la perte absolue de la vision, est une excellente opération, et qu'on ne saurait trop recommander de la faire dès le début de l'affection.

2° Que l'iridectomie, appliquée à l'extraction de la cataracte, parce qu'elle expose à une hémorrhagie capable de compromettre gravement les résultats, ne doit entrer dans la pratique qu'à titre exceptionnel, jusqu'à ce que des faits suffisants aient permis de faire la balance des avantages et des inconvénients qui s'y rattachent.

M. FOLLIN. Je ne ferai que de courtes remarques sur ce que vient de dire M. Perrin ; mais je ne puis pas laisser sans réponse quelques-unes des assertions de notre collègue. Ainsi, je ne crois pas qu'on doive accepter la division qu'il propose au point de vue des indications thérapeutiques, entre les glaucomes avec excavation de la papille du nerf optique et ceux dépourvus de cette excavation. On se tromperait, selon moi, si l'on soutenait que les glaucomes sans excavation sont ceux auxquels convient surtout l'iridectomie. En effet, l'iridectomie a réussi à merveille dans des cas de glaucome aigu, où, malgré le récent début de l'affection, l'on a pu déjà constater une excavation de la papille du nerf optique, dépression causée par une tension oculaire considérable. Tout cela dépend du degré de résistance de la coque oculaire au niveau de l'entrée du nerf optique. J'ai vu récemment un œil glaucomateux qui, huit jours après le début

de la maladie, avait une très-notable excavation, et là, comme dans d'autres cas du même genre, l'opération était bien indiquée.

Quant à l'emploi de la fève de Calabar, dont j'ai dit quelques mots dans l'avant-dernière séance, je persiste à croire qu'elle peut rendre de réels services dans les cas de glaucome où la pupille est excessivement dilatée et l'iris réduit à une zone des plus étroites. Ces conditions sont peu favorables pour l'opération, et je ne comprends pas pourquoi M. Perrin cherche à les exagérer encore par des instillations d'atropine avant l'iridectomie.

La fève de Calabar, au contraire, en déplissant l'iris plus ou moins, au gré du chirurgien, permet de mieux voir ce qu'on fait dans son excision. Je puis dire par expérience à M. Perrin que l'iris n'est pas alors dans un état de tension qui rende les manœuvres difficiles, et qu'on n'a pas à craindre la piqûre du cristallin ; c'est au contraire un moyen de l'éviter. Si M. Perrin avait, dans le cas qu'il nous a présenté, fait usage de la fève de Calabar, peut-être aurait-il pu mieux saisir l'iris et arriver jusqu'à l'insertion du bord ciliaire.

Cette excision de l'iris jusqu'au bord ciliaire est un des préceptes les plus importants donnés par M. de Graefe, qui y tient encore très-fortement, comme j'ai pu le voir dans une lettre écrite par lui, et mon expérience m'autorise à dire qu'il est dans le vrai.

Je ne dirai que deux mots de l'hémorrhagie qui suit l'excision de l'iris. On aurait tort de s'en trop effrayer. En général, elle est peu considérable dans le glaucome, et si, dans l'iridectomie faite avant la cataracte, elle peut être quelquefois un obstacle, on sait bien aujourd'hui que le plus souvent il est facile de faire sortir ce sang de la chambre antérieure, et que souvent aussi celui qui y reste se résorbe vite.

M. PERRIN. Ce n'est pas au point de vue nosologique que j'ai proposé de faire de l'excavation de la papille un caractère distinctif entre certains glaucomes ; j'ai voulu dire que l'opportunité de l'opération ne doit pas être soumise à la présence ou à l'absence de ce signe, qu'il ne faut pas en tenir trop grand compte, sans quoi on s'exposerait à ne pas opérer en temps utile des glaucomes qui guériraient très-bien par l'iridectomie.

Je ne comprends pas qu'une difficulté opératoire résulte de ce que l'iris flotte au voisinage du bord ciliaire. Bien au contraire, car dans le glaucome, l'iris est ramolli, extrêmement facile à déchirer, et pour peu qu'on soit obligé d'exercer des tractions un peu étendues à sa surface, on s'expose à arracher son bord irrégulièrement et plus loin qu'on ne le voudrait. C'est pour cela que l'emploi de la fève de Calabar me paraît offrir des inconvénients.

L'excision de l'iris doit être large, sans aucun doute; mais je ne vois aucune raison sérieuse qui me prouve la nécessité et même l'utilité d'aller inclusivement jusqu'au bord externe. Je demanderais au moins que cette nécessité fût établie par quelques observations comparatives.

Enfin, je répéterai, à propos de l'hémorrhagie, qu'on n'a pas suffisamment insisté sur sa fréquence et sur ses dangers, qui vont jusqu'à ruiner les résultats définitifs de l'opération.

M. HOUEL. Je désire présenter le résumé de quelques cas où j'ai eu à pratiquer l'iridectomie. J'ai fait cette opération comme premier temps de l'extraction du cristallin; je l'ai pratiquée aussi pour des inflammations chroniques de l'œil.

Je parlerai d'abord des cataractes. Mon premier malade avait une cataracte molle et volumineuse; je fis l'iridectomie; du sang s'épancha immédiatement dans la chambre antérieure; le cristallin fut extrait en majeure partie. Cependant le caillot sanguin ne fut résorbé que d'une manière incomplète, et en définitive la pupille est restée oblitérée. Mon second malade avait de chaque côté un cristallin gros et dur, mais nne pupille absolument indilatable. Je voulus opérer en deux temps, faire d'abord l'iridectomie, puis extraire le cristallin plus tard. L'excision de l'iris donna lieu à un double épanchement sanguin; l'un des deux yeux, qui avait été moins bien opéré, s'enflamma, et le malade voulut quitter l'hôpital. Hier je l'ai revu, et j'ai constaté que la vision est perdue définitivement des deux côtés.

Dans deux autres cas, j'ai opéré pour des iritis, d'abord une jeune fille, puis plus tard un homme. Dans ces deux cas, le résultat a été le même : des fausses membranes s'organisèrent dans le champ pupillaire, et la vision resta plus ou moins compromise. L'homme atteint d'iritis syphilitique crut avoir obtenu un peu d'amélioration pendant les premiers temps, mais c'était une illusion de malade; la vision fut perdue. Quant à la jeune fille à l'iritis traumatique, bien que le résultat n'ait pas été aussi mauvais, l'amélioration a été nulle.

En définitive, je suis complétement revenu de ma première opinion sur l'iridectomie comme temps initial de la cataracte. Aujourd'hui, je ne ferais cette opération qu'à mon corps défendant. C'est l'épanchement sanguin dans la chambre antérieure qui me paraît être la cause première de tous les accidents, bien que ceux-ci ne se révèlent complétement qu'au bout d'un temps assez long, douze ou quinze jours environ.

M. FOUCHER. Je crois que M. Perrin a tort de compter sur l'atropine pour dilater la pupille; car les chirurgiens savent bien que dès que la chambre antérieure est ouverte et l'humeur aqueuse évacuée,

la pupille se contracte immédiatement. C'est même ce fait qui avait porté d'abord les chirurgiens à faire l'iridectomie dans la cataracte, puisque le bénéfice de la dilatation était perdu dès que le couteau avait incisé la cornée.

— La discussion sera continuée.

LECTURES.

M. FRISON, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger, lit un travail intitulé : *De l'application des sangsues sur le globe de l'œil.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Foucher, Follin et Houël.

— M. VERNEUIL donne lecture d'une observation de M. Bœckel : *Coxalgie grave; résection de la tête du fémur; guérison.* Renvoyée à la commission déjà nommée : MM. Chassaignac, Verneuil, Trélat.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Tumeur fibro-plastique de la gaîne du nerf médian. — M. BAUCHET présente cette tumeur, qu'il a enlevée la veille chez une malade de son service. Il remettra une note sur cette présentation.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

Séance du 7 septembre 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit : Les journaux de la semaine. — Les *Archives générales de médecine.*

— M. le ministre de l'instruction publique informe M. le président qu'il a accordé une allocation de quatre cents francs à la Société de chirurgie de Paris.

— M. Giraldès fait hommage à la Société du travail qu'il a lu au Congrès médico-chirurgical de Rouen sur *la fève du Calabar.*

— M. Larrey dépose sur le bureau les différents *Discours prononcés à Tarbes à l'occasion de l'inauguration de la statue du baron Larrey,* chirurgien en chef des armées du premier empire.

— Le troisième fascicule du *Traité théorique et pratique des maladies des yeux,* par M. L. Wecker.

— M. Verneuil présente à la Société, au nom de M. Bœckel, professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg, une brochure intitulée : *Conférences cliniques sur la coxalgie.*

DISCUSSION.

Iridectomie.

M. FOUCHER. Depuis 1856, époque à laquelle M. de Græfe a proposé l'iridectomie pour remédier au glaucome, cette opération a été appliquée un assez grand nombre de fois et a fourni d'assez beaux résultats pour que l'on puisse affirmer qu'elle est entrée définitivement dans la pratique.

Cependant, les résultats de cette méthode eussent été plus brillants encore si d'une part les indications en avaient été toujours bien comprises, et si de l'autre l'opération avait été toujours convenablement exécutée.

Les indications sont basées sur un diagnostic sévère. Notre collègue M. Follin vous a retracé les caractères du glaucome, sa marche, ses conséquences, avec une exactitude et une lucidité parfaites. Il a rappelé comment l'iridectomie pouvait guérir les affections glaucomateuses, et a discuté avec beaucoup de justesse les indications de l'opération dans chaque forme, dans chaque période de ces affections, et vous a enfin énuméré les inflammations oculaires dans lesquelles l'iridectomie peut apporter, sinon la guérison, au moins un soulagement.

Je ne veux rien ajouter à ce qui a été fort bien dit ici par M. Follin, et comme lui je pense qu'on ne saurait recommander avec trop d'insistance de faire l'opération aussitôt que possible. Le glaucome aigu se présente avec un cortége de symptômes assez menaçants pour que le malade et le chirurgien comprennent vite la nécessité d'agir, mais dans le glaucome chronique, la marche est souvent insidieuse, et trop souvent on perd un temps précieux.

M. Follin vous a fait remarquer que l'iridectomie avait pour conséquence immédiate de diminuer la tension du globe oculaire, probablement aussi agit-elle en supprimant une partie des surfaces sécrétantes, et peut-être a-t-elle quelquefois une action antiphlogistique directe.

On peut donc dire d'une manière générale que toutes les fois que le globe présente un excès de tension, l'iridectomie sera utile; c'est un point sur lequel M. Bowman insiste avec raison; aussi on ne sau-

rait trop s'exercer à bien apprécier le degré de tension du globe oculaire.

Lorsque j'ai pratiqué l'iridectomie dans les cas de glaucome aigu, j'ai toujours vu cesser les douleurs, mais la vision était perdue d'avance. Dans les cas de glaucome chronique que j'ai opérés et dans ceux que j'ai vu opérer par d'autres, les résultats ont été variables; cependant on a assez souvent constaté un *statu quo* dans la maladie, et quelquefois une légère amélioration; mais remarquons que constamment l'opération n'a pu être pratiquée qu'à une période avancée de la maladie.

Je n'ai jamais fait l'iridectomie comme opération préliminaire de la cataracte par extraction, mais puisqu'il a été question ici de l'*extraction linéaire*, je dirai comme M. Follin que ce procédé me paraît exceptionnel, et j'ajouterai que dans les circonstances où il est applicable on peut presque toujours le remplacer par la *discision de la capsule.* Dans deux cas où par exception l'état de l'œil m'a porté à préférer l'abaissement à l'extraction, j'ai fait une excision latérale de l'iris, et conduisant l'aiguille par l'incision, j'ai abaissé facilement le cristallin; je n'ai eu qu'à me louer de cette pratique.

J'ai attribué en partie les insuccès de l'iridectomie à ce que cette opération a été faite souvent sans motif, et, en effet, j'ai vu des malades atteints de staphylome postérieur, d'atrophie de la papille, qui avaient subi l'opération, et cela en pure perte.

Mais il y a une autre cause d'insuccès; c'est que souvent l'opération n'est pas convenablement faite.

C'est sur le manuel opératoire que je désire insister, en me référant à ce qui a été dit par M. Follin sur les autres points de cette importante question. On dit et on répète que l'iridectomie est une opération simple et facile; sans doute, il n'est jamais difficile d'ouvrir la chambre antérieure, de saisir un lambeau de l'iris et de l'exciser; mais l'iridectomie bien faite est toujours une opération délicate et quelquefois pleine de difficultés. Que faut-il pour que cette opération appliquée au glaucome donne des succès? M. de Græfe l'a indiqué, M. Follin vous l'a répété, et tous les chirurgiens qui se sont occupés de cette opération s'accordent à dire que l'iris doit être excisé dans le quart ou même le tiers de son étendue, que l'excision doit porter jusqu'au bord ciliaire; or, il faut que ce résultat soit obtenu sans léser la capsule du cristallin, sans léser la face profonde de la cornée.

Le premier temps consistant à ouvrir la chambre antérieure, exige que cette ouverture soit convenablement placée et assez grande pour laisser passer facilement la portion considérable d'iris que l'on doit exciser : si l'incision est faite sur la cornée, la lèvre postérieure forme

toujours un léger relief qui suffit pour s'opposer à la sortie spontanée d'une portion de l'iris, qui forme un obstacle à l'issue de cette membrane lorsqu'on l'attire avec la pince, protége le bord ciliaire de l'iris et empêche l'excision d'avancer jusqu'à ce bord ; avec une pareille incision, on court le risque de faire une section incomplète et de lacérer l'iris.

Aussi M. de Graefe a-t-il à juste titre donné le conseil de pratiquer l'incision sur la sclérotique, en arrière de l'insertion de la cornée. Le couteau, en pénétrant ainsi un peu obliquement en avant, arrive dans la chambre antérieure en rasant exactement l'insertion de l'iris. L'obliquité de l'incision d'arrière en avant telle que la lèvre interne est en avant de la lèvre externe, a un double avantage ; elle permettra à l'iris de glisser facilement sur cette surface oblique et conduira naturellement le couteau parallèlement à la face profonde de la cornée ; aucun relief ne s'opposera à la section du bord ciliaire de la membrane.

Ces préceptes, je le répète, ont été donnés par M. de Graefe et rappelés ici par M. Follin, et si j'y insiste, c'est que je voyais encore récemment dans un ouvrage une figure dans laquelle le couteau était représenté incisant la cornée.

L'incision doit être assez large ; or, pour obtenir ce résultat, on est porté à enfoncer profondément le couteau lancéolaire ; mais, en agissant ainsi, on court plusieurs dangers ; souvent, et c'est même la disposition habituelle, l'iris bombe en avant, surtout vers sa partie centrale la plus mobile, derrière cet iris est appliquée immédiatement la capsule cristalline, qu'il faut à tout prix ne pas toucher. Or, en poussant la pointe du couteau vers le centre pupillaire, on ne saurait être sûr de ne pas piquer la capsule cristalline. On a donc conseillé d'enfoncer peu le couteau et d'agrandir l'incision en le retirant, ou bien encore, comme le veut Bowmann, de tailler un petit lambeau au moyen du couteau étroit de Beer.

Le meilleur moyen d'arriver, sans pénétrer profondément, à donner à l'incision une largeur convenable, c'est de choisir un couteau lancéolaire qui s'élargisse rapidement à partir de sa pointe. Je pense en outre que l'incision faite, on doit retirer lentement le couteau, afin de permettre à l'humeur aqueuse de ne couler que peu à peu.

Le second temps de l'opération offre les plus grandes difficultés, et c'est celui qui presque toujours est exécuté incomplétement. L'iris, pressé en avant, sort souvent spontanément et fait une petite saillie qu'il est facile de saisir avec une pince ; mais après avoir saisi l'iris, l'opérateur doit redoubler d'attention. Il faut attirer au dehors une portion considérable de l'iris ; quelquefois la membrane est friable et se déchire ; d'autres fois l'incision, mal faite ou trop petite, forme un

obstacle, et la nécessité d'exercer une traction un peu plus forte amènera le même résultat. Il ne faut exercer aucune traction brusque, même la plus légère; il faut que la pince tenant l'iris soit ramenée en dehors en quelque sorte insensiblement, en provoquant et en suivant la progression de la membrane plutôt qu'en la produisant. Je ne crains pas de dire que l'on pèche souvent en se hâtant trop d'exécuter cette manœuvre. Il me paraît d'autant plus nécessaire d'avoir égard à ces préceptes, qu'il est extrêmement important d'exciser du premier coup tout ce qu'il faut exciser. En effet, si l'iris se déchire sous la pince, si l'excision est insuffisante, de deux choses l'une, ou vous abandonnez l'opération, qui reste incomplète, ou vous vous efforcerez de saisir avec la pince le bord déchiré ou coupé de l'iris près des insertions ciliaires, pour en amener une nouvelle portion au dehors. Mais dans ce mouvement de la pince, la capsule cristalline court d'autant plus de risque, qu'un épanchement de sang masque ordinairement les parties.

L'iris est maintenu au dehors, reste à l'exciser, et une nouvelle difficulté va surgir. Une main de l'opérateur, la droite, tient l'iris avec la pince, la main gauche fixe l'œil, soit avec la pique de Pamard, soit avec la pince de Græfe. Certains opérateurs font couper l'iris par un aide; c'est, selon moi, une mauvaise pratique. Avant de saisir l'iris avec la pince, l'opérateur devra donner la liberté à ses deux mains en confiant à l'aide la pique ou la pince fixatrice. Il sera dès lors loisible au chirurgien de couper d'un coup de ciseaux, en rasant la surface du globe oculaire, la portion d'iris qui fait saillie. On sait que le pansement est des plus simples; l'œil est tenu fermé et couvert d'une compresse imbibée d'eau froide. On a signalé comme un accident immédiat de l'iridectomie l'épanchement sanguin dans la chambre antérieure; mais il est facile de faire sortir le sang en entr'ouvrant l'incision et en pressant légèrement sur le globe; et d'ailleurs cet épanchement se résorbe facilement.

Quand l'excision de l'iris a été faite convenablement et avec toutes les précautions que je viens d'indiquer, il est rare qu'elle soit suivie d'accidents. Pour mon compte, je n'ai jamais vu une inflammation de quelque importance succéder à une iridectomie convenablement et largement faite. Si quelque accident est survenu, c'est que l'excision a été trop petite et qu'elle ne s'étendait pas jusqu'au bord ciliaire. J'ai remarqué chez les opérés que j'ai trouvés à Bicêtre, que ceux dont le champ pupillaire est oblitéré de fausses membranes, dont l'iris est décoloré, qui, en un mot, portent les traces d'une inflammation qui a dû succéder à l'opération, que chez ceux-là l'excision n'est pas large; et pour mon compte, dans les opérations que j'ai pra-

tiquées sur l'iris, j'ai vu plus souvent des accidents à la suite de la pupille artificielle, où l'excision de l'iris est étroite, qu'à la suite de l'iridectomie appliquée aux affections glaucomateuses. Ainsi donc, selon moi, la largeur de l'excision est une condition d'innocuité, si déjà elle n'était une condition de succès.

Je crois que l'excision de l'iris en haut est préférable, parce que la difformité qu'elle produit est masquée en partie par la paupière supérieure.

Il est nécessaire, pour que l'iridectomie soit bien faite, que le malade soit convenablement placé et que sa tête soit maintenue immobile. J'ai l'habitude d'opérer le malade couché, et le plus souvent j'administre le chloroforme, qui, poussé un peu loin, procure une immobilité complète de l'œil, et qui n'a pas ici les inconvénients qui le font rejeter dans l'opération de la cataracte.

M. RICHET. Lorsque j'ai présenté à la Société la malade à laquelle j'avais pratiqué l'iridectomie, et qui a été le point de départ de la discussion actuelle, j'avais eu pour but de faire constater par mes collègues que dans une affection qui pour moi n'était pas le glaucome, et que je ne savais trop comment nommer, j'avais cependant obtenu par cette opération une amélioration lente, mais progressive. M. Follin, qui a bien voulu examiner la malade avec moi, pense, au contraire, qu'elle présente quelques-uns des caractères du glaucome, et il n'hésite pas à attribuer l'amélioration obtenue par l'iridectomie à l'amendement de ces symptômes; amélioration d'ailleurs qui, selon lui, serait de courte durée. Je ne puis partager son opinion ni au point de vue du diagnostic ni au point de vue du traitement.

Au point de vue du diagnostic, M. Follin a cru reconnaître chez ma malade, en même temps qu'une atrophie de la papille que j'avais annoncée, une légère excavation qui m'avait échappé; puis le pouls veineux rétinien, et enfin une grande tension du globe oculaire. Ces seuls signes lui suffisent pour affirmer qu'il y a glaucome chronique compliqué d'atrophie de la papille.

J'avoue, quant à moi, que quand bien même ces signes existeraient d'une manière bien nette, cela ne me suffirait pas pour affirmer qu'il y a glaucome, lequel, si je m'en rapporte à ce qu'en a dit M. Follin lui-même, est caractérisé par bien d'autres symptômes qui manquaient complétement chez ma malade. Mais c'est que d'ailleurs pour moi, qui n'ai pas, il est vrai, la grande habitude de M. Follin, ces symptômes n'existent pas.

Ainsi, relativement à la dépression de la papille, je n'ai jamais pu la constater, et comme je ne m'en rapportais pas à moi-même, j'ai prié mon collègue de la Pitié, M. le professeur Gosselin, qui, comme

on sait, s'occupe avec grand succès des affections oculaires et d'ophthalmoscopie, de vouloir bien examiner ma malade, et il lui a été aussi impossible qu'à moi de l'apercevoir. Il me faisait observer d'ailleurs avec raison que si elle existait, on verrait les vaisseaux brisés au sortir de la papille, ce qui manifestement n'a pas lieu.

Quant au pouls veineux rétinien, il n'a rien de caractéristique, puisqu'on l'observe à l'état normal; reste donc la tension du globe oculaire. Or cette tension, pour constituer un signe du glaucome, doit être portée à un certain degré, c'est-à-dire déterminer un certain aplatissement de la cornée, un trouble plus ou moins considérable dans sa transparence, une insensibilité de sa surface conjonctivale, et enfin une congestion du tissu cellulaire sous-conjonctival. Or rien de tout cela n'existait chez ma malade avant l'opération; elle n'a jamais rien offert de semblable depuis, et si M. Follin lui a trouvé les globes oculaires un peu tendus, c'est un phénomène que l'on observe chez beaucoup d'individus qui n'ont pas de glaucome, et dont il est d'ailleurs, on le comprend, bien difficile d'apprécier le degré.

En résumé, je ne vois point d'autre altération notable chez ma malade qu'une atrophie de la papille, reconnue par M. Follin, comme par M. Gosselin et par moi-même, et s'il fallait absolument donner un nom à cette affection, je dirais, comme mon savant collègue de la Pitié, qu'il s'agit d'une *atrophie de la papille optique,* survenue sans cause appréciable.

Voilà donc une atrophie de la papille optique contre laquelle toutes les médications avaient échoué, et qui a été avantageusement modifiée par l'iridectomie. Telle est la raison pour laquelle j'avais voulu présenter cette malade à l'examen de mes collègues.

Relativement aux conséquences de l'opération, ici encore je ne puis partager l'opinion de M. Follin; il pense que l'amélioration obtenue, l'ayant été uniquement par l'amendement du glaucome, ne se soutiendra pas, et que la malade est condamnée à devenir fatalement aveugle. Mais heureusement rien n'autorise une pareille supposition : d'abord parce que l'iridectomie n'a pu amender un glaucome qui n'existait pas, et puis surtout parce que le rétablissement de la vision s'est fait lentement et progressivement, c'est-à-dire tout autrement qu'il ne se fait après les opérations pour le glaucome réel; d'ailleurs l'amélioration est aujourd'hui plus grande, cinq mois après l'opération, qu'elle n'a jamais été.

Quant à la question de savoir comment a agi dans ce cas l'opération, j'avoue que je n'en sais absolument rien. Dire, comme quelques élèves le pensaient autour de moi à l'hôpital, que c'est parce qu'une plus grande somme de rayons lumineux peut arriver dans le

fond de l'œil et impressionner plus vivement la papille atrophiée, c'est avancer une hypothèse que rien ne prouve ; prétendre qu'elle a agi en apportant une modification dans la nutrition et l'innervation du globe oculaire, est une supposition qui n'est pas plus plausible et qui ne satisfait pas davantage. Le plus sage, je crois, est donc, jusqu'à nouvel ordre, de s'en tenir à la constatation des faits.

Ceci m'amène tout naturellement, Messieurs, à vous parler des deux autres cas d'iridectomie, ou plutôt d'iridotomie, que je n'avais fait que mentionner dans ma première communication et auxquels je puis aujourd'hui donner de plus amples développements, puisque la discussion s'est agrandie. Voici une analyse de ces deux faits, dont l'observation a été recueillie par M. Spiers, mon interne.

Iridotomie par le procédé d'Hancock, dite section du tenseur de la choroïde, pour une double amaurose congestive.

Joseph M..., âgé de quarante et un ans, garçon maçon, entre à la Pitié, service de M. Richet, salle Saint-Gabriel, n° 45, le 30 janvier 1864.

Cet homme, de taille moyenne, blond, n'a jamais fait de maladie, malgré une apparence peu vigoureuse. Il est marié depuis treize ans et a deux enfants. De 1844 à 1851 il a vécu à l'armée d'Afrique en qualité de chasseur à cheval. Il fut atteint d'une affection des yeux assez semblable à celle qui le conduit aujourd'hui à l'hôpital.

Il perdit la vue tout d'un coup en 1849, et fut traité par des applications de sangsues, vésicatoires et séton.

Après trois mois de séjour à l'hôpital, alors qu'il allait être réformé, la vue lui revint. Après une courte convalescence, il reprit le service actif. Il attribuait sa maladie à l'éclat des rayons du soleil.

Depuis 1849, cet homme n'éprouve plus aucun accident du côté de la vue. En 1851, il quitte le service et reprend son état de maçon.

Enfin le 22 janvier 1864, huit jours avant son entrée à la Pitié, comme il travaillait, sans cause connue, il est pris d'un étourdissement et tombe à terre. Cet étourdissement ne dure que quelques instants, mais quand il est relevé, bien qu'il ne ressente aucun mal, le travail lui est impossible, il voit à peine pour se conduire. Il reste dans cet état jusqu'à son entrée dans la salle Saint-Gabriel.

Le 4 février, on constate que le malade ne reconnaît que difficilement les personnes qui l'entourent à deux ou trois pas. Ses voisins disent qu'ils sont obligés de le guider pour le conduire aux latrines, et que, s'il veut y aller seul, il se heurte à tous les objets. C'est tout au plus s'il distingue d'où vient le jour. Lorsqu'on lui dit de saisir son verre pour boire, il tâtonne longtemps avant de le trouver.

Ses deux yeux présentent la même faiblesse visuelle.

A l'extérieur, les globes oculaires n'ont rien d'anormal. La pression ne semble pas indiquer de tension intra-oculaire exagérée. Les pupilles sont mobiles, bien qu'un peu dilatées.

A l'ophthalmoscope, on constate qu'il n'existe aucun obstacle à l'entrée des rayons lumineux. La choroïde est pâle, rosée, les vaisseaux difficiles à suivre. La papille blanche, régulière, n'est parcourue que par quelques vaisseaux très-déliés.

M. Richet désigne cette affection sous le nom d'*amaurose congestive*, tout en faisant observer qu'il n'existe dans le globe oculaire aucun phénomène d'injection vasculaire ; il se fonde sur la brusque apparition de la maladie, survenue à la suite d'un étourdissement, et sur l'impossibilité de donner un autre nom à cette affection.

Le 6, saignée du bras, qui n'est suivie d'aucun mieux sensible.

Le 10, douze sangsues sont appliquées aux apophyses mastoïdes. Le lendemain, le malade accuse un peu de mieux, il croit voir plus loin et plus distinctement ce qui l'entoure. Les jours suivants, purgatifs répétés, application d'un vésicatoire au bras.

Enfin le 18 mars, cette affection restant stationnaire, M. Richet, après avoir pris l'avis de M. Serre (d'Alais), qui suivait la visite, lui fait aux deux yeux l'iridotomie (procédé d'Hancock). L'opération n'est pas douloureuse. Le soir même le malade se plaint d'un peu de douleur sourcilière à gauche.

Le 19, la douleur a disparu à gauche ; la pupille est légèrement déformée, mais une amélioration sensible s'est opérée. Le malade, qui est couché, lit facilement le numéro qui est au pied de son lit.

Le 22, la pupille du côté gauche a presque complétement repris sa forme normale. Le mieux s'est maintenu. Le malade n'éprouve aucune douleur. Toutefois, s'il fixe trop longtemps un objet éclairé, sa vue se trouble un peu.

Le 24, le malade demande son *exeat* afin de reprendre son travail ; il est très-satisfait de son état. Le retour de la vue a éclairci sa physionomie ; les derniers jours il s'est livré avec activité à diverses occupations dans la salle. On ne peut avoir de doutes sur la réalité des symptômes qu'il a offerts à son entrée, ni sur la guérison complète qui a suivi le traitement.

Le deuxième cas est plus simple ; il s'agissait d'un malade auquel j'avais fait l'opération de la cataracte par abaissement, et qui avait de grandes douleurs avec beaucoup d'inflammation. On était au cinquième jour de l'opération. M. Serre (d'Alais), en le voyant, me dit que c'était dans ces cas surtout que l'iridotomie réussissait, et m'engagea à la faire. Je le priai de vouloir bien lui-même mettre son pro-

cédé, c'est-à-dire celui d'Hancock, en pratique, ce qu'il fit immédiatement, et je dois dire que non-seulement il ne survint aucun accident, mais qu'à partir de ce moment le malade se trouva grandement soulagé, et que la marche de l'inflammation alla en diminuant jusqu'à guérison parfaite.

Je crois donc qu'il ne faut pas rejeter avec M. Follin l'iridotomie comme une opération illusoire, qui n'aurait pour elle ni la théorie ni les observations. Je crois avec notre collègue que la section du muscle tenseur de la choroïde, telle que la concevait Hancock, est illusoire; mais ce qui ne l'est pas, ce sont les succès obtenus par ce chirurgien, par M. Serre (d'Alais) et par moi-même. Notre collègue veut expliquer rationnellement l'action de l'iridectomie, soit dans le glaucome, soit dans l'opération de la cataracte, en disant que dans le premier cas elle fait cesser la tension du globe oculaire, et que dans le second elle agit comme antiphlogistique. On pourrait tout aussi bien, ce me semble, en dire autant de l'iridotomie d'Hancock et avec tout autant de raison, car la section de la sclérotique, de la cornée et de l'iris permet aux humeurs de l'œil de s'écouler, et désemplit la coque oculaire, en même temps que la perte de sang qui s'effectue saigne les vaisseaux de l'œil. On pourrait tout aussi bien encore, si l'on adopte l'opinion de M. Cusco sur la nature du glaucome chronique, à savoir, qu'il est dû à une rétraction des fibres de la sclérotique comprimant la totalité de l'œil, et non à une hypersécrétion des humeurs, dire que cette section de la sclérotique, de la choroïde, du cercle ciliaire et même de la cornée, agit en débridant et en facilitant l'expansion de cet organe. Mais quelle que soit l'explication qu'on adopte, et à laquelle je tiens peu, les faits sont là, beaucoup plus probants que ne le croit M. Follin; et comme cette opération est plus simple que l'iridectomie et qu'elle expose à moins de danger, je pense que dans bon nombre de cas on peut la lui substituer avantageusement.

Ceci m'amène à examiner les accidents propres à l'iridectomie, dont il a été parlé dans la dernière séance par MM. Perrin et Houel. Je dois dire que je ne partage pas toutes leurs craintes relativement à l'épanchement de sang, quoique je reconnaisse qu'il faille tenir compte de cet accident. Nous savons tous combien les suffusions sanguines dans l'œil se résorbent avec facilité, mais à une condition toutefois, c'est qu'elles ne seront point accompagnées d'inflammation. S'il y a réaction inflammatoire, c'est tout différent; le caillot sanguin s'enveloppe d'exsudats, contracte des adhérences et se fixe définitivement dans l'œil, et cela sans espoir de le voir jamais disparaître. C'est là ce qui est arrivé à M. Houel, à M. Perrin et à d'au-

très, et c'est là ce qui explique les différences dans les résultats obtenus par les différents opérateurs. A quoi cela tient-il donc que dans certains cas il n'y ait pas de réaction et qu'il y en ait dans d'autres ? Eh ! mon Dieu ! aux causes qui font que dans l'opération de l'extraction on réussit admirablement deux, quatre, six, huit, dix fois de suite, et puis qu'on échoue un pareil nombre de fois sans pouvoir en accuser autre chose que ce que les anciens appelaient les *circumfusa*, c'est-à-dire les conditions hygiéniques et la *constitution médicale*. Or je crois que l'iridectomie expose à l'inflammation de la cornée et des parties profondes du globe oculaire, au même titre que la kératotomie dans l'opération de la cataracte par extraction. C'est qu'effectivement on fait à la cornée une plaie pénétrante, et, que cette plaie soit linéaire ou à lambeau, si la constitution médicale est mauvaise, la réaction inflammatoire surviendra, et avec elle les accidents-plastiques qui neutraliseront les bienfaits de l'opération.

Pour ces raisons, je pense qu'il faut être sobre d'iridectomie, non pas dans les cas de glaucome où l'œil est perdu, non pas dans les cas d'atrophie de la papille où l'on ne risque pas grand'chose, puisque les malades vont perdant la vue de plus en plus chaque jour, mais dans les cas de cataracte, où elle ne me paraît qu'une complication. Je ne puis donc partager les espérances de M. Follin à ce sujet. J'ai toujours été élevé dans la crainte de blesser l'iris dans l'opération de la cataracte, et je dois dire que malgré ce qui nous est rapporté des succès de Græfe et de Valdor par leurs élèves, je ne suis pas encore rassuré à cet égard. Il faudrait pour cela une longue liste de succès bien et dûment observés. C'est qu'effectivement, en outre de l'inflammation que l'on a toujours à craindre à la suite de l'excision de la membrane irienne observée par MM. Houel et Perrin, on a encore à redouter un accident opératoire très-sérieux, je veux parler de la sortie du corps vitré. Tous nous savons que dans l'opération de l'extraction, lorsqu'on blesse l'iris en taillant le lambeau de la cornée, ce qui arrive fréquemment aux élèves qu'on exerce aux répétitions opératoires sur le cadavre, presque toujours alors on fait sortir le corps vitré en même temps que le cristallin. Sur le vivant, j'ai vu cet accident arriver au plus habile de nos maîtres, à Roux ; dans un cas où il avait intéressé l'iris ; et enfin je l'ai éprouvé moi-même dans un cas, de telle sorte que pour qu'il ne m'arrivât pas ce qui était arrivé à un chirurgien que je ne nommerai pas, et qui avait, suivant la rédaction de l'observation faite par l'interne du service, tout fait sortir de l'œil, excepté le cristallin, je jugeai à propos de m'arrêter, et plus tard j'abaissai le cristallin, que je n'avais pu extraire. J'ajoute que cela arrivera d'autant plus qu'on aura fait une fente plus étroite

à la cornée, comme dans l'extraction dite linéaire, adoptée par M. Follin, parce qu'il faudra presser davantage pour expulser le noyau cristallinien.

Un mot encore sur le procédé opératoire. J'ai dit, en présentant ma malade, que s'il était sans danger pour la capsule cristalline de saisir l'iris avec le crochet de Beer pour l'amener à l'extérieur, cela tenait d'abord à ce que cette membrane se précipitait à l'extérieur sitôt que la cornée était ouverte, et aussi à l'intervalle qui existait entre la face postérieure de l'iris et le cristallin, autrement dit à la présence de la chambre postérieure. M. Follin pense que cette chambre n'existe pas; je crois, au contraire, avec Petit, qui évalue sa largeur à un quart de ligne; avec M. Sappey, qui s'est livré sur ce sujet à d'intéressantes recherches et qui lui donne un huitième de ligne, que son existence ne saurait être mise en doute.

Je partage aussi l'avis de M. Foucher, qui regarde l'instillation de l'atropine ou de la solution de fève de Calabar, pour dilater ou faire resserrer la pupille, comme inutile, par la raison que l'iris, dès qu'il est exposé au contact de l'air, se soustrait à ces influences.

Enfin, je ne crois pas à l'efficacité de l'iridectomie pour faire cesser les douleurs dont sont tourmentés les individus qui ont perdu la vue à la suite d'ophthalmites répétées. Le véritable remède à ces névralgies pénétrantes, c'est l'amputation et non l'extirpation du globe oculaire, comme on l'a fait dire, par erreur sans doute, à notre collègue; encore cette opération doit-elle être faite de manière à enlever toute la partie antérieure du globe, y compris l'iris, car sans cela le diaphragme irien retient le corps vitré et les exsudations plastiques qui s'y sont développées, et la névralgie reparaît. Je ne comprendrais donc pas qu'une simple excision de l'iris pût faire cesser cette tension inflammatoire, quand on sait par expérience que l'amputation de la partie antérieure du globe oculaire, lorsqu'elle est incomplète, ne suffit pas à obtenir ce résultat.

M. GIRALDÈS. J'ai hésité à prendre la parole, parce que les points les plus importants de la discussion ont été abordés par plusieurs de nos collègues, et surtout par M. Follin. Le discours de M. Richet m'oblige cependant à revenir sur quelques-uns de ses arguments.

M. Richet s'appuie, pour prouver l'existence de la chambre postérieure, sur les recherches de P. du Petit et sur celles de M. Sappey. Mais les travaux du premier de ces anatomistes sont bien anciens et trop peu probants pour qu'on y ajoute foi aujourd'hui. Quant au livre de M. Sappey, c'est une fourmilière d'erreurs, surtout pour l'anatomie de l'œil. En 1859, cet anatomiste ne se doutait pas qu'il existât un muscle accommodateur de la vision. On lui a prouvé à la Société de biologie

que l'absence de la chambre postérieure, mathématiquement établie par Krammer, est bion réelle, ainsi qu'on peut s'en assurer par une dissection convenable et non par les procédés vicieux employés par P. du Petit et par M. Sappey lui-même.

Je suis peiné de voir M. Richet défendre la méthode de l'abaissement dans l'opération de la cataracte. C'est la plus mauvaise méthode qu'on puisse employer. Les accidents inflammatoires sont aussi fréquents et même plus fréquents qu'à la suite de l'extraction, et les résultats définitifs sont infiniment moins bons. Le cristallin se déplace en totalité ou en partie, et la vision n'est pas rétablie.

On peut maintenant, grâce au chloroforme et à la pince de Græfe pour fixer l'œil, tailler les lambeaux avec tout le calme et la régularité désirables ; il n'y a là aucune difficulté.

Quant à l'extraction précédée de l'iridectomie, M. Richet semble oublier qu'elle a pour avantage de permettre l'ablation de cristallins volumineux à travers une plaie relativement petite. C'est pour ce motif que M. de Græfe a créé son opération, perfectionnée ensuite par M. Valdor. Elle est pratiquée avec grand succès dans des cas déterminés en Angleterre et en Allemagne.

L'issue de l'humeur aqueuse ne provient pas de l'excision de l'iris ; on l'observe dans des cas où cette membrane est parfaitement intacte. Elle se produit lorsque les humeurs de l'œil sont devenues diffluentes par suite d'un trouble de nutrition.

Depuis que Græfe a mis en honneur l'iridectomie, cette opération a été pratiquée plusieurs centaines de fois par lui, par Bowmann, par Donders et par bien d'autres, et on peut s'assurer par des relevés statistiques étendus qu'elle ne cause pas d'accidents plus fréquents que toute autre opération faite sur l'œil.

A ce propos, je dirai que j'ai été un peu surpris de ce qu'un de nos collègues ait dit qu'en Allemagne et en Angleterre on pratique un peu trop légèrement l'iridectomie. Je vois, au contraire, que Græfe, dans son dernier travail, s'est attaché à en préciser les indications, et d'autre part que Bowmann a établi des préceptes analogues dans une discussion récente qu'il a soutenue contre son collègue M. Dixon, et qui a été reproduite dans la *Presse médicale* de Londres.

M. Richet, répondant aux observations de M. Follin, a dit que sa malade n'avait pas de glaucome, parce que la cornée n'était pas aplatie, qu'il n'y avait pas de tension exagérée du globe, et que la surface cornéenne ne paraissait pas œdémateuse; mais ces faits ne sont pas constants; ils appartiennent aux glaucomes à marche lente, et leur absence ne prouve rien contre l'existence du glaucome.

En ce qui concerne l'excavation et l'atrophie de la papille, à moins

qu'elle ne soit le résultat d'un travail propre dans les fibres du nerf optique, j'avoue que je ne saurais la comprendre sans une inflammation qui augmente la pression intra-oculaire. M. Richet, faisant allusion à l'opinion de M. Cusco sur la rétraction de la sclérotique dans le glaucome, disait tout à l'heure que la doctrine émise par M. Follin n'avait pas l'assentiment de tous les chirurgiens. Si l'opinion de M. Cusco peut être acceptée pour le glaucome chronique, elle no saurait l'être pour le glaucome aigu; il y a là tout autre chose qu'une rétraction de la sclérotique. On peut s'en convaincre par l'étude des pièces conservées dans les musées, et surtout dans celui de l'hôpital de Morefield, dont la collection est si riche.

M. LEFORT. Je crois être le collègue que M. Giraldès a désigné dans son discours à propos de la pratique de l'iridectomie en Allemagne. Sans doute si M. de Græfe était seul, il y aurait tout avantago à adopter sa manière do faire, mais il est suivi et imité par un grand nombre d'élèves, et je tiens de sa propre bouche que souvent ses élèves outre-passent les indications de l'iridectomie, et qu'ils pourraient compromettre cette opération si elle n'était pas si complétement acceptée. Je n'ai pas voulu dire autro chose.

— La discussion sera continuée.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Anévrysme poplité diffus consécutif.

M. TILLAUX communique sous ce titre l'observation suivante :

Il s'agit d'un homme de soixante-quatre ans qui s'aperçut, au commencement de juin dernier, de la présence dans le jarret droit d'une tumeur grosse comme un œuf de poule. N'en étant nullement incommodé, il ne s'en inquiéta pas.

Un mois plus tard, à la suito d'une chute dans laquelle la jambe fut violemment fléchie sur la cuisse, le malade éprouva une sensation de déchirement et une vive douleur. Immédiatement un gonflement considérable envahit toute la région poplitée. Après un traitement insignifiant, le malade entra à l'hôpital le 10 août.

Tumeur diffuse occupant toute la partie postérieure et latérale do la jambe droite, depuis la ligne articulaire jusqu'à l'union des jumeaux et du soléaire pour former le tendon d'Achille. — Signes non équivoques d'une tumeur anévrysmale, bruits de souffle, expansion, etc.

La tumeur présentait deux bosselures latérales : la bosselure externe était rouge, chaude, manifestement enflammée. On sentait au toucher qu'une très-minco épaisseur de tissus séparait le doigt de la

masse sanguine; il y avait à craindre une perforation imminente. M. Tillaux a songé tout de suite à pratiquer la ligature de la fémorale par la méthode d'Anel; il voulut cependant employer d'abord la compression indirecte, non pas comme moyen de guérison, mais comme moyen préparatoire à la ligature, de façon à dilater les collatérales et à prévenir ainsi la gangrène, toujours à redouter dans les cas de ce genre.

Quatre heures de compression furent faites pendant trois jours; mais la tumeur, au lieu de diminuer, ne fit qu'augmenter de volume. La ligature de la fémorale fut alors pratiquée à l'anneau du troisième adducteur.

Aucun phénomène anormal ne survint au-dessous de la ligature, mais l'opération fut le point de départ d'un phlegmon diffus qui emporta le malade le septième jour.

Fallait-il dans ce cas essayer la cure radicale de l'anévrysme par la compression indirecte? M. Tillaux ne le pense pas, parce que d'abord il avait affaire à un anévrysme diffus consécutif; de plus, la poche était enflammée et menaçait de se rompre; la compression indirecte ne mettait pas suffisamment à l'abri d'une rupture imminente.

La pièce présentée par M. Tillaux est remarquable en ce qu'elle montre très-distinctement la dilatation primitive de l'artère et la nouvelle cavité formée par la rupture du sac. Cette cavité est située entre les jumeaux très-amincis en arrière et le soléaire en avant. Elle mesure 25 centimètres de haut sur 13 de large. Chose digne de remarque, elle renfermait une masse considérable de caillots fibrineux stratifiés qui occupaient non point le sac primitif, mais bien la poche consécutive à la rupture de l'anévrysme. Au niveau des bosselures déjà signalées, le sang était immédiatement en rapport avec la face profonde de la peau amincie.

M. FOUCHER. Je soigne en ce moment un malade atteint, comme celui de M. Tillaux, d'un anévrysme poplité diffus et enflammé.

Après une visite avec M. Broca, il fut convenu que nous ferions la compression intermittente. Elle fut établie à l'aide d'un appareil et maintenue quatre heures le premier jour, sept heures le second; les battements ayant diminué, je fis faire la compression totale par les doigts de six aides qui se relayaient. Au bout de dix-sept heures, il n'y avait plus de battements; on continua la compression pendant vingt-quatre heures. Elle fut alors abandonnée et remplacée par une compression intermittente de quart d'heure en quart d'heure.

Aujourd'hui, la tumeur est ferme, pas douloureuse et réduite à la moitié de son volume. On sent sous les téguments trois artères collatérales très-dilatées.

J'ignore encore quel sera le résultat définitif de ce traitement, mais jusqu'ici nous n'avons qu'à nous féliciter d'avoir eu recours à la compression. J'aurai soin de communiquer à la Société la fin de cette observation, importante au point de vue du traitement très-discuté des anévrysmes diffus.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, U. Trélat.

Séance du 14 septembre 1864.

Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — Le *Montpellier médical*.

— M. le docteur Mac Leod, membre correspondant étranger, fait hommage à la Société de l'ouvrage qu'il vient de faire paraître, intitulé : *Outlines of surgical diagnosis*.

— M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. le Dr Lespiau, médecin-major de première classe aux ambulances du Mexique, un manuscrit intitulé : *Exposé clinique des blessures traitées aux hôpitaux de Cholula et de Puebla*.

Ce travail, consciencieusement fait, renferme quelques observations chirurgicales intéressantes.

— M. Depaul dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Joseph-Louis Gianelli, un ouvrage imprimé en italien *sur la vaccine et les lois qui régissent la vaccination dans le royaume d'Italie*.

Dans ce travail important, M. le Dr Gianelli recherche l'origine de la vaccine et exprime des opinions analogues à celles de M. Depaul.

— M. Follin dépose sur le bureau de la Société, de la part de M. J. A. Loubet, sa thèse inaugurale intitulée : *Des troubles visuels qui se lient à la diphthérite et de leurs causes*.

Le travail de M. Loubet, dit M. Follin, est une monographie intéressante de l'amaurose liée à la diphthérie. Depuis fort longtemps on savait que l'angine diphthéritique était quelquefois suivie de troubles de la vue, mais on ignorait la cause de ces troubles jusqu'à ces derniers

temps, où l'on a reconnu qu'il s'agissait là d'une paralysie de l'appareil musculaire de l'accommodation. Le travail de M. le Dr Loubet est une étude de l'amaurose diphthéritique faite au point de vue des recherches modernes.

— **Résection du maxillaire supérieur.** — M. OLLIER (de Lyon) adresse la lettre suivante :

Monsieur le Président,

Par suite de circonstances exceptionnelles, je n'ai pu connaître que tardivement votre réponse à ma lettre du 26 juillet dernier. Je viens vous demander aujourd'hui, malgré ce retard, qui serait inexcusable s'il n'était pas involontaire, la permission de vous répondre à mon tour, mais sur deux points seulement : sur une question de texte et sur une question d'observation.

Ce n'est pas que je puisse adopter complétement votre manière de voir sur la rétraction des tissus en général et du tissu osseux en particulier. Mais je ne m'étendrai pas sur ce sujet, de crainte de faire oublier le point de départ et de trop élargir les limites de la discussion. Ne perdons pas de vue seulement que la théorie que je soutiens s'applique spécialement aux cavités accidentelles, osseuses ou ostéo-fibreuses, résultant de l'ablation d'un os ou d'une portion d'os.

Nous ne différons du reste que du plus au moins dans la question de la rétractilité de ces cavités osseuses accidentelles, et vous vous montrez implicitement disposé à reconnaître les avantages de mon procédé, s'il peut donner lieu à la reproduction d'une masse osseuse assez épaisse pour empêcher l'os malaire de s'incliner vers le nez.

Vous dites, en effet, que « pour soutenir les deux extrémités de » l'arc osseux, dont le milieu a été enlevé avec le maxillaire supé- » rieur, il faudrait non pas une simple lamelle ossiforme et sans ré- » sistance, mais un os véritablement épais et solide. »

Mais c'est précisément cette condition que j'ai obtenue, et, si vous voulez bien relire mon observation, vous verrez qu'il n'y est nulle part question de cette lamelle ossiforme et flexible dont vous me reprochez à plusieurs reprises la souplesse et la minceur ; mais qu'au contraire je signale une « masse épaisse, non dépressible, impéné- » trable par de fortes épingles, conservant d'une manière fixe une » forme arquée, bien distincte de l'os malaire, et ne pouvant être » constituée que par un tissu osseux de nouvelle formation. »

Cette masse de nouvelle formation produite par le périoste, réunit ainsi toutes les conditions que vous exigez ; elle remplit le programme que vous avez tracé vous-même. Nous ne sommes donc séparés sur

ce point que par un texte mal interprété et qu'il est facile de rétablir.

Maintenant, permettez-moi d'ajouter quelques lignes sur un autre point plus important peut-être, parce qu'il est plus général : Vous considérez la dissection du périoste comme une opération très-longue, extrêmement douloureuse, pleine de dangers pour le malade, redoutable par l'hémorrhagie qu'elle peut produire. Quant à moi, je la regarde au contraire comme une manœuvre facile, n'exposant à aucun danger et n'augmentant pas sensiblement les douleurs de l'opération. Nous ne pouvons pas être ici en plus complet désaccord. Il ne s'agit plus cependant d'une théorie, il s'agit d'un fait qu'on peut vérifier et démontrer. C'est au nom de l'observation et de l'expérimentation que je combats vos conclusions, et je dois d'autant moins laisser vos objections sans réponse, qu'elles émanent d'un homme en qui tout le monde se plaît à reconnaître les plus brillantes qualités de l'opérateur.

Depuis mes premières recherches sur le rôle du périoste dans les régénérations osseuses, je me suis efforcé de démontrer que le décollement de cette membrane n'offrait pas les difficultés imaginées par quelques chirurgiens.

J'ai fait voir que cette membrane était très-facile à décoller sur la plus grande étendue des os, chez les jeunes sujets surtout, et qu'en thèse générale il ne fallait pas juger de son adhérence sur le vivant par la difficulté qu'on avait à l'isoler dans les préparations cadavériques. Avant d'avoir donné la démonstration clinique de ce fait, je l'avais constaté un grand nombre de fois sur les animaux.

L'union du périoste à l'os est même tellement faible dans certains cas pathologiques, qu'il est plus facile de laisser cette membrane adhérer aux parties molles périphériques que de l'enlever avec l'os. C'est pour cela qu'on a fait quelquefois des résections sous-périostées sans le savoir et sans le vouloir.

Dans l'ablation du maxillaire qui est ici en cause, le périoste a été rapidement et très-régulièrement détaché. Celui de la face externe de l'os, comme on pouvait le constater par un examen direct, n'avait pas éprouvé la moindre perte de substance. Quant à celui de la voûte palatine, son intégrité fut indirectement démontrée par la netteté de la surface osseuse qu'il recouvrait. La sonde-rugine pour le premier, un levier coudé en forme de langue de carpe pour le second, sont les deux instruments dont je me suis servi. Ce décollement s'est accompli sans douleur, au moins pour le périoste externe, car le malade était sous l'influence de l'éther. Certainement on ne doit pas procéder à l'ablation d'un polype naso-pharyngien pendant le sommeil

anesthésique, mais on peut toujours rendre le malade assez insensible pour qu'il ne se réveille qu'après les temps les plus douloureux de l'opération préliminaire.

Je ne puis donc pas admettre avec vous, Monsieur le président, que le décollement du périoste soit une opération très-longue et extrêmement douloureuse. Ce temps de l'opération préliminaire est au contraire rapide et peu douloureux par le procédé que j'indique. C'est l'extirpation du polype, suivie d'une hémorrhagie plus ou moins abondante, qui constitue la partie de l'opération la plus longue, la plus dangereuse et la moins réglée.

Vous m'objectez encore l'hémorrhagie, que vous considérez comme très-redoutable, et à ce propos vous me rappelez l'opération d'uranoplastie dans laquelle notre habile collègue M. Legouest eut la plus grande peine à arrêter cette complication.

Permettez-moi ici encore de repousser l'analogie que vous invoquez. L'hémorrhagie est grave dans l'uranoplastie parce qu'on ne peut pas aller lier l'artère palatine supérieure, et qu'on est obligé de suspendre l'opération tant que le sang coule en abondance; mais dans l'ablation du maxillaire, c'est tout autre chose. L'extirpation de l'os est le meilleur hémostatique, l'artère palatine supérieure étant arrachée ou déchirée, et ce n'est pas du lambeau périostique palatin lui-même que peut venir le sang. Une fois le maxillaire extirpé, les chances d'hémorrhagie ne sont pas plus nombreuses, que le périoste ait été conservé ou enlevé avec l'os.

La crainte de l'hémorrhagie ne doit donc, pas plus que la douleur et la difficulté de l'opération, constituer un argument contre la conservation du périoste dans l'ablation du maxillaire. Or la présence de cette membrane donnant lieu à la reproduction d'une masse solide et résistante entre les surfaces osseuses laissées sans soutien par l'ablation du maxillaire, et diminuant en outre notablement la perte de substance de la voûte palatine, il ne peut y avoir et il n'y a en réalité que des avantages à la conserver.

Veuillez agréer, etc.

— **Tumeur fibro-plastique de la gaine du nerf médian.** — M. BAUCHET dépose sur le bureau l'observation suivante relative à la pièce qu'il a présentée dans la séance du 31 août :

La pièce que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux des membres de la Société de chirurgie peut être rangée dans la classe des *névromes*. Je l'ai enlevée hier matin à l'hôpital de la Charité, où je remplace momentanément M. Velpeau. La malade qui avait cette tumeur est âgée d'une soixantaine d'années. Elle s'est aperçue, il y a

dix mois environ, qu'elle avait dans l'aisselle une petite tumeur du volume d'une noisette, qui ne provoquait aucune douleur, mais seulement un peu de gêne. Cette tumeur a grossi petit à petit au point d'acquérir le volume que nous lui trouvons aujourd'hui, c'est-à-dire le volume d'un gros œuf de poule. Cette tumeur indolente, même à la pression, était ovoïde, d'une dureté légèrement fibreuse, un peu élastique toutefois ; régulièrement ovoïde, sans bosselures, sans adhérences et sans changement de couleur à la peau, assez mobile dans les parties profondes, placée sous les pectoraux. Je m'arrêtai à l'idée d'une tumeur fibro-plastique.

Voici les particularités que présenta l'opération :

Lorsque j'arrivai sur la tumeur, j'aperçus en dedans et en arrière un gros tronc nerveux. La tumeur elle-même était fixée à ses deux extrémités, supérieure et inférieure, par un gros tronc nerveux qu'on voyait arriver en haut et qu'on retrouvait en bas. L'artère axillaire battait immédiatement en dehors. Je pus alors reconnaître le nerf cubital en arrière, le musculo-cutané en dedans, et m'assurer que la tumeur était solidement attachée à l'une des branches du nerf médian. Le nerf, arrivé en haut de la tumeur, s'étalait en formant plusieurs petits faisceaux sur la partie antérieure de la tumeur. J'ai pu alors, en disséquant avec les plus grandes précautions, respecter tous les faisceaux nerveux et enlever la tumeur en laissant intact le nerf médian. Dans le courant de la journée, la sensibilité du pouce, de l'indicateur, du médius et de la moitié de l'annulaire fut un peu obtuse, quoique conservée ; les mouvements avaient un peu de lenteur. Aujourd'hui, la sensibilité est tout à fait intacte partout, comme j'ai pu m'en assurer par une exploration attentive.

Voici maintenant cette tumeur, qui, comme je viens de le dire, tenait à la gaîne du nerf médian et avait dissocié ses faisceaux. Elle est dure, élastique ; sa coupe est d'un blanc nacré et présente un reflet comme si elle était transparente : on dirait de la matière colloïde avec une consistance un peu plus grande qu'elle n'en a ordinairement.

J'insiste surtout sur ce point. Cette tumeur s'est développée sans provoquer de douleur et sans que la pression en déterminât, et pourtant (j'insiste de nouveau sur ce point) j'ai pu voir et disséquer les divers faisceaux dissociés et étalés sur la face antérieure de la tumeur, de façon que par ses connexions avec le nerf cette tumeur peut être rangée dans la classe des *névromes;* mais par l'absence d'éléments nerveux dans son intérieur, il vaut mieux la décrire sous le nom de tumeur *fibro-plastique* de la gaîne du *nerf médian.*

Voici, du reste, une note très-bien faite de M. Ordoñez, qui a examiné la tumeur, et dont l'habileté, on le sait, mérite toute confiance.

« La tumeur me paraît être un névrome dont le point de départ serait l'enveloppe fibreuse du nerf médian surtout et peut-être d'autres cordons nerveux voisins. L'absence du symptôme douleur ne prouve rien, car vous savez que la douleur a lieu quand le développement de la tumeur se fait du côté interne de la gaîne fibreuse du cordon nerveux ; tandis que, suivant la région, la tumeur peut très-bien se développer du côté externe, et dans ce cas les malades n'accusent aucune douleur. J'ai eu l'occasion d'examiner trois cas analogues. Cela est surtout vrai pour les tumeurs bien délimitées ou ayant un pédicule, car pour les tumeurs diffuses ou sessiles, sur une certaine étendue du cordon nerveux, quoique développées à l'extérieur, la compression peut bien déterminer la douleur, du moins à la longue.

» La masse de la tumeur est formée d'une trame de tissu fibreux de nouvelle formation très-infiltrée :

» A. De matière amorphe identique par sa composition avec la lymphe plastique.

» B. D'éléments embryoplastiques à différents états de leur évolution ordinaire, mais où prédominent les formes les plus voisines à l'état de complet développement, c'est-à-dire noyaux allongés et corps fusiformes fibro-plastiques.

» Ces éléments anatomiques, masqués par de la matière amorphe, deviennent beaucoup plus nets après l'application d'une faible solution d'acide acétique.

» L'action de l'alcool fait constater de la manière la plus évidente l'interposition de lymphe plastique au milieu de la trame : elle devient très-granuleuse par l'action du réactif, et sa présence en grande quantité prouve que la tumeur avait les matériaux suffisants pour une évolution complète. »

DISCUSSION.

Iridectomie.

M. FOLLIN n'ayant pas assisté à la dernière séance et n'ayant pu depuis prendre connaissance des discours de M. Foucher et de M. Richet, demande la parole pour la prochaine séance.

M. Follin aura la parole.

LECTURE.

M. MEYER lit un mémoire sur l'*iridectomie*.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Giraldès, Follin et Lefort.

M. VELPEAU s'étonne, à l'occasion de cette lecture, du nombre

considérable des opérations d'iridectomie qui ont été pratiquées par quelques chirurgiens dans l'espace de quelques années. On les compte par centaines. Le glaucome aigu, qui indique le plus souvent l'opération, n'est pas une affection très-fréquente, c'est du moins ce qui résulte de la longue et nombreuse pratique de M. Velpeau. On pourrait faire des observations analogues au sujet des fistules vésico-vaginales, dont un chirurgien venu récemment en France aurait opéré près de trois cents.

M. LARREY fait remarquer que la pratique spéciale de certains chirurgiens dépasse la ville où ils exercent. Roux avait fait douze cents fois l'opération de la cataracte; Larrey père pratiqua cent treize ou cent seize fois la désarticulation de l'épaule. M. de Græfe est dans ce cas, et les nombreux malades qui lui viennent de tous les pays expliquent le nombre très-élevé de ses opérations d'iridectomie.

M. GIRALDÈS fait remarquer que beaucoup d'affections rangées autrefois dans la classe confuse des amauroses, sont aujourd'hui considérées à juste titre comme des glaucomes; que d'ailleurs les méthodes ou les opérations nouvelles proscrites par certains chirurgiens se concentrent entre les mains de quelques opérateurs, qui arrivent alors à des chiffres considérables d'opérations. C'est ainsi qu'après les attaques de M. Syme (d'Edimbourg) et celles de l'école irlandaise, l'iridectomie n'a guère été pratiquée au début qu'à l'hôpital de Morefield, par M. Bowman. C'est pour la même raison que depuis 1856 M. de Græfe, le premier promoteur de l'iridectomie, a si souvent répété cette opération, et sa vaste instruction unie à une incontestable bonne foi scientifique, ne permet pas de mettre en doute l'exactitude du diagnostic.

M. LEFORT donne quelques détails sur la manière dont fonctionne la clinique ophthalmologique de Berlin, sur le nombre très-élevé des malades qui s'y présentent, sur leur inscription régulière sur un registre spécial, sur le soin avec lequel sont tenus les relevés statistiques, et en définitive sur la certitude que présentent les renseignements de cette nature venus d'Allemagne.

M. VERNEUIL demande que la Société passe à l'ordre du jour. Il serait fâcheux que la Société s'engageât dans une voie de suspicion vis-à-vis de chirurgiens étrangers qui peuvent avoir entre les mains les preuves de ce qu'ils avancent.

M. VELPEAU n'a élevé de doutes sur la bonne foi d'aucun chirurgien; il demande seulement qu'on fournisse la preuve que ces nombreuses observations d'iridectomie ont été faites pour des glaucomes. Les motifs indiqués par M. Giraldès ne l'ont pas convaincu, et il

pense encore qu'on a dû regarder comme des glaucomes ce qui n'en était pas.

COMMUNICATION.

Tumeurs lymphatiques; autopsie. — M. TRÉLAT communique la fin de l'observation du malade qu'il avait présenté à la Société il y a quelques mois.

Vous vous souvenez sans doute d'un malade que je présentai à la Société dans la séance du 22 juin dernier, et que la plupart des membres examinèrent avec intérêt. Il était atteint de deux tumeurs volumineuses siégeant dans chacun des triangles de Scarpa et constituées, d'après l'avis presque unanime des chirurgiens qui avaient vu le malade, par des dilatations lymphatiques. Le seul traitement avait consisté dans l'application d'un appareil compresseur. Un caleçon élastique de M. Bourjeaurd, muni de deux pelotes, remplissait parfaitement ce but après plusieurs modifications. La tumeur de gauche était maintenue complétement réduite, celle de droite un peu moins bien, à cause de la présence d'un bandage herniaire de ce côté.

Sous l'influence de ce traitement inoffensif, les tumeurs s'étaient évidemment améliorées; l'une et l'autre avaient diminué de volume, mais la gauche conservait, même après une station verticale prolongée et sans l'appareil, une forme aplatie persistante, qui indiquait un retrait des parties dilatées. La santé générale était bonne, les fonctions normales; les vertiges avaient disparu.

Dans cette situation favorable sous tous les rapports, ce jeune homme me rappela qu'il avait au voisinage de l'anus une petite fistule consécutive à un abcès sous-cutané, qui s'était produit il y a dix-huit mois environ. Cette fistule très-superficielle, longue de 15 à 16 millimètres, donnait lieu à un faible écoulement séro-purulent, était située au niveau du pli fessier du côté gauche, à 5 centimètres environ de l'anus; elle était borgne-externe, et ne communiquait par aucun point avec l'intestin. J'avais conseillé quelques injections modificatrices et la compression du trajet fistuleux, remettant à une autre époque, et après observation suffisante, tout moyen de traitement plus actif.

La fistule était restée dans le même état, et mon jeune malade désirait en être débarrassé définitivement avant de retourner dans son pays, et au moment de se livrer à quelques travaux réguliers qui lui permissent d'utiliser la fin de son séjour. Je ne crus pas devoir m'opposer davantage à un désir très-formellement exprimé à plusieurs reprises, et je me décidai, vu l'excellent état de la santé générale, à pratiquer cette petite opération.

Elle fut faite le mercredi matin, 7 septembre; j'incisai le trajet sur une sonde cannelée, puis j'excisai avec des ciseaux courbes l'autre lèvre et le fond de la fistule; la petite plaie fut remplie de charpie.

Le lendemain jeudi, à part un peu de cuisson, l'opéré n'avait pas souffert; il avait dormi et mangé comme à son habitude.

Le vendredi, très-bon état général et local.

Le samedi matin, même situation; la plaie rosée se borde d'un liséré cicatriciel. Aucune souffrance, aucun malaise. La guérison marche à souhait et paraît devoir être des plus rapides.

Ce même jour, samedi, à six heures du soir, les deux tumeurs inguinales deviennent douloureuses. La douleur est modérée d'abord; mais au bout d'une demi-heure elle est extrêmement intense. On m'envoie chercher; comme on ne me trouve pas, un médecin du voisinage fait appliquer sur les tumeurs des cataplasmes arrosés d'un liniment calmant, et prescrit une potion opiacée.

J'arrive près du malade un peu avant neuf heures : il est très-pâle, cette pâleur existe sur tout le corps; les yeux sont cernés, la face, le cou et les mains humides de sueur. Les douleurs, toujours violentes, deviennent excessives à intervalles rapprochés; elles siégent dans les deux tumeurs, et remontent en s'irradiant vers la région des reins et l'épigastre. Les tumeurs, qui étaient vides et flasques dans le décubitus, sont tendues, et quoique à leur surface la peau ait conservé sa coloration normale, le moindre attouchement provoque une souffrance insupportable. De chaque côté, le canal inguinal est vide. La paroi abdominale est tendue, ou mieux roidie par la contraction musculaire. Le ventre est sonore à la percussion.

Le pouls, contracté, est extrêmement fréquent, 140 pulsations. Il y a eu dans la journée, avant les accidents, une selle naturelle; les urines, rares et fortement colorées, sont rendues sans difficulté.

Cet ensemble de phénomènes graves dure sans interruption et sans changement depuis six heures et demie du soir.

Je constate de nouveau qu'il n'y a aucun étranglement herniaire; on ne peut songer à un iléus, la nature des douleurs, leur siége, leur violence doivent détourner de cette opinion. Il me paraît présumable que les deux tumeurs se sont enflammées rapidement, que le liquide qu'elles contenaient a dû être modifié, que ce liquide a dû franchir facilement des voies lymphatiques probablement dilatées; enfin l'état du pouls et la pâleur extrême de la peau semblent indiquer une intoxication générale.

Le malade, en me suppliant de le soulager, accusait une extrême préoccupation. Partageant mentalement ses craintes, je fis prévenir ses amis et sa famille, tout en le rassurant de mon mieux.

L'indication pressante était de combattre la douleur; j'ordonnai de larges applications de laudanum et à l'intérieur une potion fortement morphinée, qui ne provoqua pas de vomissements.

Le lendemain, dimanche matin, après une nuit sans sommeil à cause de la souffrance, il semble y avoir un peu de calme; les tumeurs n'offrent plus la même sensibilité excessive au moindre contact. Le pouls n'a que 130 pulsations. Cependant, ce calme peut bien n'être qu'une fatigue portée jusqu'à l'épuisement. D'accord avec mon ami M. le docteur Millard, qui a bien voulu m'éclairer de ses avis dans cette circonstance grave et qui d'ailleurs connaissait déjà le malade, nous prescrivons un léger purgatif pour combattre le météorisme du ventre, des boissons acidules et un bain pour le milieu du jour.

Le purgatif a été rejeté par régurgitation et n'a produit presque aucun effet.

A trois heures, abattement, demi-délire calme, pouls filiforme. La peau du corps a pris une coloration rose vif comme au début de la scarlatine; au cou, cette teinte est irrégulière et alterne avec des plaques pâles; la face est restée très-pâle. — C'est un commencement d'agonie.

Le bain est bien supporté pendant une demi-heure; le malade replacé dans son lit est calme, tranquille, abattu. Il expire doucement à huit heures du soir, moins de vingt-six heures après le début des accidents. Au moment de la mort, on voyait des marbrures violacées sur la peau du cou et du thorax. Dès le lendemain, la putréfaction était très-avancée.

En présence d'un cas si insolite, d'une marche si rapide des accidents, je sollicitai de la famille l'autorisation, qui me fut accordée, de procéder à l'autopsie.

Elle ne put être faite que le mardi matin, trente-six heures après la mort. Nous ne disposions que d'un temps fort court, nous dûmes donc nous borner aux constatations les plus importantes.

La décomposition cadavérique était portée au plus haut degré. Couleur verdâtre, tissu cellulaire distendu par des gaz, face méconnaissable. La dissection de la tumeur droite nous montra que celle-ci était située en majeure partie sous le fascia crébriforme, en avant des aponévroses du psoas et des adducteurs; qu'elle laissait échapper, dès que le scalpel intéressait sa surface, un liquide opaque, épais et d'un rose jaunâtre; qu'elle était constituée par des lobes rapprochés les uns des autres, ainsi qu'on peut le voir encore sur la pièce disséquée. Cette tumeur est exactement limitée en haut, en bas et sur les côtés; mais en arrière, elle communique manifestement avec les vaisseaux lymphatiques profonds. Au moment où je la sé-

pare en ce point, le liquide rose s'écoule assez abondamment. A sa surface, la tumeur présente un grand nombre de bosselures, d'un volume variable, que je n'ai pas voulu ouvrir, parce que j'ai pensé que cette pièce rare pourrait être conservée.

En ouvrant la cavité abdominale, nous constatons qu'il n'y a aucune altération intestinale. Bien plus, malgré une recherche attentive, il nous est impossible de retrouver la hernie inguinale, qui avait été positivement reconnue par les médecins de l'île Maurice, par M. Nélaton, par moi, par tous ceux qui avaient vu le malade. *Cette hernie n'existait pas.* Nous avions tous commis la même erreur, difficile à éviter, que chez le malade de Breschet et d'Amussat. C'étaient des vaisseaux lymphatiques variqueux qui occupaient le canal inguinal et la partie supérieure du cordon. Cela nous explique pourquoi cette prétendue hernie était si difficile à maintenir réduite, pourquoi, malgré toutes les précautions, le bandage en laissait toujours filer une partie.

En décollant le péritoine de la paroi abdominale postérieure, on apercevait, le long des vaisseaux iliaques, une masse plus grosse que le pouce formée de conduits pelotonnés, enroulés les uns avec les autres, se dirigeant généralement de bas en haut. La même disposition existait des deux côtés. Vers les piliers du diaphragme, ces deux masses se rapprochaient l'une de l'autre et confinaient par leurs bords. Elles remontaient plus haut et s'engageaient très-probablement sous le diaphragme ; mais nous n'avons pu, faute de temps, vérifier ce dernier point. Ces masses, dont je soumets quelques parties à l'examen de la Société, rappelaient exactement le dessin qui a été donné par Breschet, et que notre collègue M. Follin a reproduit dans son *Traité de pathologie externe.* Elles étaient constituées par des dilatations lymphatiques.

La tumeur du côté gauche ne put pas être examinée.

Bien que cette autopsie confirme, sauf pour ce qui est relatif à la hernie, l'exactitude du diagnostic, j'insiste sur un point : quand je présentai le malade à la Société, notre collègue M. Verneuil émit l'opinion que les vaisseaux lymphatiques profonds et intra-abdominaux étaient sans doute dilatés, et avaient peut-être été le point de départ de la maladie. Je combattis cette opinion, et on peut se rappeler que l'étude des signes sembla me donner raison. Les tumeurs paraissaient rigoureusement limitées à la région inguinale. Nous avons aujourd'hui la preuve qu'il n'en était rien. Ce fait doit donc inspirer pour l'avenir une extrême défiance dans des cas analogues à celui-ci. On sera toujours en droit de craindre, même en l'absence de tout signe

probant, qu'il n'existe des dilatations profondes de nature à rendre le pronostic beaucoup plus grave.

Si on se reporte aux accidents présentés par le malade d'Amussat, accidents qui se développèrent spontanément à la suite d'une course fatigante, et qui offrent avec ceux de notre malade une grande analogie, on est en droit de se demander si la très-petite opération faite le mercredi a été pour quelque chose dans la production des phénomènes graves qui n'ont débuté que le samedi suivant, sans que rien eût pu les faire craindre, sans aucune trace de rougeur ou d'inflammation de la plaie, sans érysipèle, sans angioleucite.

On peut penser cependant que les lymphatiques de la fesse ont pu transmettre aux tumeurs de l'aine une irritation légère qui est devenue le point de départ, l'étincelle d'une inflammation qui a semblé se développer uniquement dans ces tumeurs. On éprouve cependant quelque peine à comprendre comment cette irritation s'est propagée à la fois et au même moment à chacune des tumeurs. Peut-être ce phénomène trouverait-il mieux son explication en admettant que les accidents ont commencé primitivement dans les voies lymphatiques dilatées, ce qui s'accorderait mieux avec la brusque intensité des douleurs, avec leur étendue et avec les troubles généraux accusés par la fréquence du pouls et la pâleur de la peau.

Quoi qu'il en soit de ces diverses hypothèses, il n'en reste pas moins démontré par l'observation d'Amussat et par celle-ci que les malades atteints de tumeurs lymphatiques variqueuses sont exposés à des accidents très-graves ; que ces accidents peuvent se développer sous l'influence de la cause la plus inoffensive en apparence ; qu'il faut les soustraire à tout ce qui peut intéresser ou irriter le système lymphatique dans un point quelconque du corps ; enfin, que le pronostic à porter est beaucoup plus grave que ne sembleraient le faire croire l'aspect et le volume des altérations, parce que celles-ci s'étendent souvent au delà des limites de nos moyens d'exploration.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Cancer de l'œil. — M. MARJOLIN présente à la Société un enfant atteint d'une tumeur ulcérée de l'œil qui offre le volume d'une pomme, et fait une saillie considérable hors de l'orbite ; cette tumeur paraît consécutive à une blessure de l'œil. M. Marjolin a toujours vu récidiver ces sortes de tumeurs, et demande l'avis de ses collègues sur l'opportunité de l'opération.

M. GUERSANT. J'ai bien vu 40 ou 50 cas de ces affections, et toujours j'ai observé une récidive plus ou moins rapide. Elle paraît inévitable, même en opérant dès le début, lorsque le produit mor-

bide est encore très-petit ; néanmoins il m'a paru que l'ablation soulageait les malades pendant un temps, et malgré l'insuccès définitif assuré, j'ai plusieurs fois opéré dans des conditions analogues.

M. VERNEUIL. Si M. Marjolin jugeait à propos de faire une opération qui serait uniquement palliative, je lui rappellerais un cas encourageant dû à M. Dubois (d'Abbeville) et publié dans nos *Bulletins*. On croyait à un cancer de l'œil, et on trouva que la tumeur provenait exclusivement de la cornée. L'opération fut faite avec l'écraseur linéaire. On pourrait peut-être employer ici le même procédé ; la mobilité prononcée de la masse morbide indique que les adhérences doivent être limitées, et qu'on arriverait probablement, après une énucléation partielle, à étreindre la base d'implantation avec la chaîne d'un petit écraseur linéaire.

M. LARREY. Le petit malade de M. Marjolin me rappelle un malade que j'opérai à l'hôpital des Cliniques pendant que je remplaçais M. Cloquet. Une ablation complète et de profondes cautérisations n'empêchèrent pas la récidive.

Syphilis, accidents primitifs de caractère particulier. — M. A. DESPRÉS présente une malade atteinte de syphilis, et communique à ce sujet une note.

Marie X..., Anglaise, domestique, ayant servi chez une femme entretenue, est entrée à l'hôpital Beaujon le 25 août 1864. Elle portait sur la symphyse du menton une tumeur arrondie ayant la forme d'un macaron, le volume d'une noix, d'une couleur rouge violacé, marquée de stries rouges formées par des capillaires qui rampaient sur la tumeur; sa surface, lisse, présentait sur quelques points des croûtes extrêmement petites. Cette tumeur, indolente à la pression, ne provoquant pas de douleurs spontanées, était mobile avec le tégument sur lequel elle était implantée par une large base. Plusieurs ganglions sous-maxillaires du côté droit étaient engorgés.

La malade présentait en même temps une plaque muqueuse ou tubercule plat sur la lèvre supérieure du côté gauche, et une seconde plaque muqueuse qui s'était transformée en une ulcération à bords taillés à pic et recouverte d'une croûte. Il y avait deux plaques muqueuses sur chaque pilier antérieur du voile du palais. Enfin les petites lèvres étaient également recouvertes de plaques muqueuses.

Outre ces manifestations du côté de la peau et des muqueuses, la malade présentait encore une iritis du côté droit ; il y avait une teinte louche de la chambre antérieure, une synéchie postérieure, une déformation de la pupille et le cercle radié péricornéal, signe caractéristique des lésions de l'iris. La vue était un peu trouble.

Voici dans quel ordre so sont montrés ces divers accidents, et les détails qui ont été recueillis par M. de Lavaysse, interne du service :

Il y a deux mois et demi, un petit bouton a paru sur le menton : c'était d'abord une petite tumeur rouge et pointue, entourée d'une auréole rouge ; elle s'est peu à peu accrue, et a acquis en moins d'un mois le volume indiqué plus haut. A ce moment, dit la malade, la région du cou a été tuméfiée.

Cinq semaines après, la plaque muqueuse et l'ulcération de la lèvre supérieure se sont montrées.

A cette époque, un pharmacien, consulté par la malade, a prescrit une tisane amère, des lavages avec l'eau de mauve, et un sirop dépuratif.

Bien que la tumeur ne diminuât pas, la malade a continué son traitement, et c'est pour des douleurs vives dans les tempes et de la gêne dans la vision, qui existaient depuis dix jours, que Marie X... est venue à la consultation de l'hôpital Beaujon.

Interrogée à ce momeut à l'effet de savoir si elle avait eu des taches sur la peau et des maux de gorge, la malade nous a répondu qu'elle avait eu quelques maux de gorge, mais qu'elle ne s'était jamais aperçue de taches sur sa peau ; elle ne se doutait pas ou disait ne pas se douter qu'elle eût des plaques muqueuses aux grandes lèvres.

Le diagnostic ne présentait aucune difficulté. Quelle que fût l'interprétation à laquelle pouvait se prêter la tumeur primitive, il était évident que l'on avait affaire à une syphilis constitutionnelle entrant dans la seconde période.

Le traitement suivant a été institué : contre l'iritis, calomel à dose fractionnée uni à la poudre de Dower ; collyre au sulfate d'atropine, 0gr20 pour 30 grammes d'eau ; badigeonnage autour de l'orbite avec la teinture d'iode. Contre les plaques muqueuses de la bouche, un gargarisme avec 4 grammes d'alun ; contre les plaques muqueuses de la vulve, des lotions avec l'eau blanche.

Le traitement général a été ainsi établi : tous les deux jours, uno pilule de proto-iodure de mercure de 25 milligrammes, et les jours intermédiaires, une pilule de bichromate de potasse de 0 gr. 05 ; tisane de gaïac sucrée avec le sirop des cinq racines.

Aujourd'hui, après dix-neuf jours de traitement, les plaques muqueuses de la vulve sont guéries et celles de la bouche sont en voie de guérison. Les tubercules plats de la lèvre supérieure ont diminué de volume; l'ulcération du tubercule plat du côté droit est cicatrisée; il ne reste plus qu'une plaque violacée. La tumeur du menton est réduite au tiers de son volume primitif. L'injection péri-cornéale a disparu ; la chambre antérieure est plus claire, et il ne reste de

l'iritis séreuse qu'une synéchie postérieure. La rapidité de la disparition successive des accidents fait espérer une prompte guérison.

Le fait que je soumets à la Société m'a paru digne d'attention. Les livres spéciaux offrent, pour ce qui a trait à notre malade, une lacune, ou au moins des définitions qui manquent de clarté.

En effet, est-ce un tubercule muqueux, un tubercule plat, qui existe sur le menton de Marie X... ; ou bien est-ce cet état particulier qui a été désigné par M. Ricord sous le nom de persistance de l'induration du chancre, et une organisation consécutive qui se rapprocherait des tumeurs connues sous le nom de kéloïdes ?

La seconde hypothèse paraît la plus probable, parce que la tumeur semble née la première, et surtout parce qu'elle a été accompagnée d'engorgements sous-maxillaires polyganglionnaires. Mais rien ne prouve que ce soit là le premier accident ; la malade peut nous avoir trompés.

Pour justifier la première interprétation, il faudrait accepter comme démontré que la plaque muqueuse peut être l'accident primitif de la syphilis constitutionnelle, et cette proposition n'a été jusqu'ici admise que pour certaines ulcérations de la vulve. M. A. Guérin a cité plusieurs exemples de ce fait dans son récent livre sur les maladies des organes génito-urinaires de la femme. Mais, même dans ce cas, il faudrait encore forcer l'interprétation pour se rendre compte de l'engorgement ganglionnaire.

Enfin, comme particularité de cette observation, j'ajouterai que dès le troisième jour du traitement la malade a senti quelques élancements dans la tumeur du menton.

Luxation du pouce. — M. L. LABBÉ présente un malade chez lequel il a tenté la réduction d'une luxation du pouce en essayant tous les instruments et toutes les manœuvres connues. En présence de l'échec, il demande s'il faudrait recourir à la ténotomie.

Victor X..., âgé de vingt-trois ans, entre à la Pitié, salle Saint-Gabriel, n° 43, le 9 septembre 1864.

Il y a huit jours (lundi 5 septembre), cet homme glisse dans la rue ; en cherchant à se retenir, il tend le bras gauche et tombe ainsi, le poids de tout le corps supporté par sa main gauche largement ouverte. Il se relève sans que cette chute lui ait causé de douleur bien vive ; il s'aperçoit alors que son pouce est déjeté en arrière, et qu'il est dans l'impossibilité de le fléchir dans la paume de la main.

La nuit qui suit l'accident, le malade éprouve une douleur intense dans la partie blessée, et ne peut prendre aucun repos.

Le lendemain, il constate du gonflement ; il va consulter un méde-

cin, qui fait de vaines tentatives de réduction en se servant de lacs pour obtenir l'extension. Dans la même journée, X... va trouver un rebouteur, qui lui conseille de garder son pouce luxé.

Le malade perd ainsi trois jours et se décide enfin le 9 septembre à entrer à la Pitié.

Etat au moment de l'entrée. — Douleur supportable, mais exagérée par tout mouvement volontaire ou communiqué, ainsi que par la chaleur et le contact d'un cataplasme.

Il y a à peine un peu de gonflement dû à une légère infiltration sous-cutanée, mais il existe une déformation manifeste avec raccourcissement du pouce. Ce raccourcissement peut être évalué à 1 centimètre 1/2. Quant à la déformation, voici ce que l'on remarque :

La région externe de la paume de la main est volumineuse ; le pouce, raccourci, modérément distant de l'indicateur, est légèrement fléchi ; la flexion existe surtout au niveau de la phalange unguéale. Mais la déformation la plus remarquable consiste en deux saillies anormales : l'une correspond à l'extrémité inférieure de la face dorsale du premier métacarpien ; l'autre, à la partie inférieure de l'éminence thénar, ou plus exactement au pli cutané qui sépare la base du pouce de la main.

Si par le toucher l'on explore la région, il est aisé de reconnaître que la saillie dorsale est formée par l'extrémité glénoïdienne de la première phalange du pouce, et qu'à la paume de la main, c'est la tête du premier métacarpien qui soulève les téguments. En comprimant sur la face dorsale du métacarpien, on exagère la saillie palmaire.

Quant aux mouvements que le malade peut imprimer spontanément à son pouce, ils sont bornés à un léger degré de flexion et à un déplacement latéral presque nul. Les mouvements communiqués sont bien plus étendus. On peut fléchir le doigt, bien que ce mouvement soit un peu douloureux, le placer dans l'extension, et même, en conservant l'extension, lui faire former un angle obtus, ouvert en arrière. On obtient aussi, en agissant sur les phalanges, un déplacement en dedans ou en dehors de l'axe du métacarpien. Enfin, on constate qu'une traction modérée est tout à fait insuffisante pour affronter la surface glénoïdienne avec le condyle métacarpien.

Le 10 septembre, le malade est chloroformé jusqu'à perte complète de la sensibilité ; le pouce est fixé pour l'extension dans la pince à préhension de M. Charrière. Les différents modes de traction sont essayés : traction directe, extension exagérée, traction et flexion ; mais souvent la pince lâche prise, et l'on abandonne ces tentatives à cause de l'insuffisance de l'instrument.

M. Labbé fait alors exécuter au pouce des mouvements de circumduction, en exerçant une traction modérée, mais sans plus de succès.

Le 13, le malade endormi de nouveau avec le chloroforme, le doigt est embrassé dans une anse de cuir qui s'enroule parallèlement à son axe et que porte une puissante tige d'acier unie à un manche très-solide. (Appareil Robert).

Cette fois, on peut pratiquer une traction considérable ; on peut sentir l'extrémité phalangienne entraînée au-devant de la surface articulaire du métacarpien : mais un obstacle invincible s'oppose au contact des deux surfaces. A plusieurs reprises, et après avoir essayé les différents modes d'impulsion, on constate presque l'affrontement des surfaces, mais le rapport ne peut être maintenu, et dès que la traction cesse, la luxation se reproduit. Cette séance se termine sans succès.

Le lendemain, malgré les efforts employés, le malade n'accuse pas de douleur ; le gonflement est modéré ; l'épiderme de la peau est légèrement excorié en plusieurs endroits ; enfin, les tractions ont manifestement diminué le raccourcissement du doigt.

Le 16, malade endormi de nouveau ; emploi de l'instrument de M. Robert ; mêmes tentatives. On a recours surtout à la traction avec rotation en dedans et flexion, selon le procédé qui réussit à Roux dans une luxation analogue qui semblait irréductible. (Malgaigne, t. II, p. 741.) Toujours même insuccès. Il semble qu'une des causes de cet insuccès soit dans la difficulté de fixer la tête du métacarpien, qui fuit sur les côtés au moment où l'on tente la coaptation.

Le 21, il est évident, malgré l'impossibilité où l'on est d'obtenir la réduction, que les efforts tentés ont fait diminuer presque complétement le raccourcissement. Les deux saillies, celle due à la partie postérieure de la phalange et celle qui résulte de la présence de la tête du métacarpien, persistent ; mais le malade exécute des mouvements beaucoup plus étendus, et si l'on doit renoncer à l'espoir d'une réduction complète, on est en droit d'espérer que le malade pourra plus tard se servir convenablement de son pouce, ainsi que cela a été observé dans plusieurs faits de ce genre.

M. Richet conseille de nouvelles tentatives, surtout en employant les mouvements de circumduction préconisés par Roux ; la ténotomie ne lui paraît pas indiquée, car elle est incertaine, et d'ailleurs les malades atteints de luxation du pouce non réduite recouvrent des mouvements assez étendus pour pouvoir se servir très-utilement do ce doigt.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. Trélat.

Séance du 21 septembre 1864.

Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Cancer de l'œil. — M. Marjolin demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

L'enfant que j'ai présénté à la Société, dans la dernière séance, est âgé de quatre ans ; dans sa famille, autant que l'on peut se fier à certains renseignements, il n'y aurait eu personne atteint d'affection cancéreuse. Le père est mort à l'âge de quarante-cinq ans, d'une fluxion de poitrine ; la mère a eu six garçons, cinq ont succombé en bas âge à la suite de convulsions.

L'enfant que vous avez vu, et qui a atteint l'âge le plus avancé, a eu aussi des convulsions à cinq mois, à la suite desquelles il est survenu du strabisme, comme vous avez pu le remarquer, sur l'œil gauche. Il serait impossible de pouvoir préciser l'époque du début de l'affection de l'œil droit, attendu que rien ne pouvait faire soupçonner l'existence d'une lésion aussi grave, lorsqu'il y a deux mois et demi, ayant reçu une pierre dans l'œil droit, il survint un gonflement considérable.

L'enfant fut alors mené aux Quinze-Vingts, puis successivement dans divers dispensaires. Le seul renseignement que j'aie pu obtenir, c'est que, dans le commencement, le médecin des Quinze-Vingts aurait fait plusieurs ponctions qui n'auraient amené aucun soulagement.

Aujourd'hui, l'œil droit a acquis un volume considérable, il est chassé hors de l'orbite et présente au centre une ulcération assez large en forme de champignon, la conjonctive est très-injectée. Il ne peut, je crois, pas y avoir de doute sur la nature cancéreuse de l'affection ; mais en tenant compte d'une part du volume de la tumeur, qui égale celui d'une pomme de moyenne grosseur, de l'affaiblissement très-marqué de l'enfant, et surtout de la récidive presque constante de la maladie après l'extirpation du globe de l'œil, je suis d'autant plus porté à l'abstention, que depuis la dernière séance j'ai pu examiner un peu mieux le petit malade, qui était entré mercredi matin dans mon service.

En effet, outre un état général d'affaiblissement des plus prononcés, l'enfant a des vomissements, des crampes dans les membres infé-

rieurs ; de temps à autre il pousse des cris, et le visage devient successivement pâle et rouge; enfin, comme l'a très-bien fait remarquer M. Trélat, il existe dans le fond de l'œil gauche une tumeur d'un blanc jaunâtre, un peu brillante, très-visible sans aucun appareil. Lorsque l'on éclaire l'œil, cette tumeur devient encore plus nette, et l'on peut voir que le pourtour a une teinte rougeâtre, due probablement à la présence de vaisseaux. Ainsi donc, non-seulement l'œil droit est le siége d'un cancer, mais l'œil gauche serait aussi atteint, bien que la vision soit encore conservée. Toutes ces circonstances doivent donc faire repousser toute opération.

M. VELPEAU fait remarquer que ces taches d'un jaune verdâtre, tremblantes, siégeant vers le fond du globe oculaire, sont un des signes les plus constants du cancer de l'œil au début.

M. GUERSANT partage l'opinion de M. Velpeau. Il eut l'occasion, dans une circonstance, de voir un malade qui fut examiné aussi par MM. Desmares et Nélaton; il n'existait qu'une petite tache au fond de l'œil, mais bientôt un cancer oculaire se développa et parcourut toutes ses phases.

M. FOLLIN dit qu'on voit facilement ces tumeurs par l'éclairage direct en dilatant la pupille. Elles se développent dans les éléments de la rétine, ainsi que l'a établi M. Robin.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin général de thérapeutique*. — Le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*. — Le *Bulletin trimestriel de médecine de Prague*. — Une notification des membres du bureau du Congrès médical de Lyon, adressée aux membres de la Société de chirurgie.

— M. le docteur Appia adresse à la Société son rapport présenté au Comité international de Genève, intitulé : *Les blessés dans le Schleswig pendant la guerre de 1864*.

— M. Houzé de L'Aulnoit adresse à la Société deux exemplaires d'un mémoire intitulé : *Étranglement des amygdales par les piliers du voile du palais*.

— Une lettre de la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, remerciant de l'envoi du tome IV des *Bulletins de la Société*.

DISCUSSION.

Iridectomie.

M. DOLBEAU. C'est à l'occasion d'un fait singulier que la question de l'iridectomie a été posée devant la Société de chirurgie; il s'agis-

sait, vous en avez gardé le souvenir, d'une malade à laquelle on avait rendu la vue grâce à l'excision d'une partie du diaphragme irien. Le diagnostic a du reste été l'objet de contestations entre plusieurs de nos collègues.

La discussion sur l'iridectomie, mise à l'ordre du jour, n'a pas été sans produire sensation dans le public scientifique. Pourquoi, en effet, depuis 1856, n'avait-on pas agité dans cette enceinte un problème aussi important? On nous a accusé, bien à tort, d'indifférence pour la belle découverte de M. de Græfe; nous avons tous rendu hommage à la science et à l'habileté du professeur de Berlin; mais jusqu'ici il n'y avait pas de motif réel pour partager cette espèce d'engouement qu'a provoqué l'opération de l'iridectomie.

J'espère vous démontrer dans un instant que les applications de cette méthode doivent être restreintes, qu'on a abusé de l'excision de l'iris, et que la Société de chirurgie devrait encore rester dans une sage et prudente réserve. Quant à ceux qui auraient pu soupçonner la compétence de notre Compagnie, ils seraient dans l'erreur: les discours qui ont été prononcés ici dans les dernières séances sont là pour témoigner que nous sommes parfaitement en mesure d'apprécier toutes les communications qui nous seraient faites sur la matière.

L'iridectomie a d'abord été employée contre le glaucome aigu, et ce n'est que secondairement qu'on a voulu appliquer cette opération au traitement des maladies chroniques du globe de l'œil. Nous aurons à examiner ces deux catégories d'application de la méthode.

1° *De l'iridectomie dans le glaucome aigu.*

Appliquée dans ces ophthalmies graves, la section de l'iris a donné des résultats incontestables : à la suite de l'opération, les douleurs ont cessé et la vision s'est rétablie rapidement. Je vous citerai, par exemple, l'observation qui nous a été communiquée par M. Perrin.

Mais dans tous les cas analogues, il y a deux choses à considérer : d'abord la guérison succédant à l'iridectomie, et puis la théorie d'une cure aussi remarquable. La guérison du glaucome aigu à la suite de l'excision de l'iris est un fait incontestable ; mais il reste à démontrer que l'iridectomie est la seule route à suivre, et que toute autre intervention serait sans effet. Je crois, pour ma part, que les antiphlogistiques, les préparations d'atropine, unis exceptionnellement à la paracentèse du globe, permettront de guérir bon nombre de glaucomes aigus. Je laisse de côté les cas dans lesquels l'attaque glaucomateuse est tellement subite que la vue est immédiatement perdue, et que l'iridectomie elle-même n'arrive alors que comme un simple palliatif contre la douleur ; à ce dernier titre, tous les débri-

dements du globe oculaire, et par conséquent l'opération d'Hancock, peuvent rivaliser avec l'excision de l'iris. Contre cette opinion nettement formulée, je n'admettrai point l'objection tirée des difficultés et des erreurs du diagnostic; le glaucome aigu est une maladie facile à reconnaître, et l'ensemble des symptômes qui caractérisent cette grave affection est devenu réellement classique. Et, pour le dire en passant, c'est une maladie assez rare que le glaucome aigu, et c'est son degré de fréquence qui motivait sans doute l'étonnement de M. Velpeau, étonnement que je partage avec beaucoup d'autres d'ailleurs plus compétents que moi.

L'iridectomie, je le reconnais, est un moyen d'arrêter la marche du glaucome; c'est un bon moyen, je le concède encore; mais ce n'est pas le seul, puisque beaucoup de glaucomes peuvent exister pendant un nombre considérable de jours sans que pour cela la destruction de la rétine soit inévitable.

Arrivons maintenant à la théorie. Ici les fervents défenseurs de l'opération ne sont pas dans un accord parfait; l'opinion la plus acceptée est la suivante: Ce qui caractérise le g'aucome, c'est l'extrême distension du globe de l'œil; cette tension exagérée constitue toute la gravité de la maladie, la destruction de la rétine en est la conséquence, et l'iridectomie met fin à cet excès de pression.

Mais l'opération n'agit-elle qu'en faisant diminuer la tension intra-oculaire? C'est ce qu'il serait difficile d'affirmer, puisque tant d'autres moyens, parmi lesquels je citerai la ponction d'Hancock, les sangsues appliquées directement sur le globe de l'œil, etc., amènent un soulagement notable dans le glaucome.

Si j'insiste sur la théorie et sur les hésitations qui l'environnent, c'est, Messieurs, pour bien faire comprendre le peu de fondement qu'il y aurait à appliquer l'iridectomie au traitement des affections chroniques de l'œil dans lesquelles il existe, entre autres symptômes, un excès dans la pression intra-oculaire; cette considération sera, du reste, développée ultérieurement.

L'excès de tension s'observe encore, indépendamment du glaucome, dans quelques maladies inflammatoires de l'œil. Dans certaines iritis, par exemple, on constate l'excès de pression, et cependant on n'applique pas l'iridectomie dans ces cas; ou du moins, le nombre des chirurgiens qui conseillent cette pratique est-il encore restreint. Le globe de l'œil est cependant très-dur; c'est donc une question de plus ou de moins dans la pression intra-oculaire qui fait varier la thérapeutique. Mais alors je pose la question suivante: la tension est-elle la même dans tous les glaucomes aigus, et par quels moyens pouvez-vous la mesurer exactement? L'examen ophthalmoscopique

est presque toujours négatif ; il reste les résultats fournis par le toucher ; et ici les appréciations peuvent varier avec les observateurs. Ainsi, dans certaines inflammations de l'iris et de la choroïde, comme dans le glaucome lui-même, il y a exagération do la tension oculaire, mais à des degrés divers.

Nous serons donc conduits, en adoptant la théorie, à faire ou trop d'iridectomies, ou à n'en pas faire assez. Voyez, Messieurs, combien la détermination est embarrassante. Pour toutes ces raisons, il faudrait sans doute être très-sobre de l'iridectomie, et ne conserver cette opération que pour les phlegmasies très-aiguës. Dans tous les cas, l'extrême douleur sera peut-être une indication, et encore ce symptôme s'amende par les moyens ordinaires. J'ajouterai une remarque critique : l'opération d'Hancock, tout hypothétique qu'elle est, procure un soulagement immédiat ; de nombreuses observations en témoignent. L'excision incomplète de l'iris, comme chez le malade de M. Perrin, réussit également. Ne voyez-vous pas là, Messieurs, autant de raisons pour douter de la théorie qui gouverne l'emploi de l'iridectomie ? L'excision de l'iris semble agir à la manière d'un débridement ; il y a un soulagement immédiat, exactement semblable à celui qu'on obtient lorsqu'on incise des parties étranglées par l'inflammation. Mais s'il en est ainsi, l'iridectomie perd une grande partie de sa valeur ; l'opération d'Hancock est plus simple et moins dangereuse.

2° *De l'iridectomie dans les affections chroniques du globe de l'œil avec perte plus ou moins complète de la vision.*

Si l'iridectomie agit en faisant cesser la tension du globe de l'œil qui accompagne les phlegmasies aiguës, il faut encore appliquer cette opération à toutes les affections chroniques dans lesquelles on peut constater une augmentation de la pression intra-oculaire. Telle est la doctrine des partisans de l'iridectomie ; dans cette direction d'idées, on a fait l'excision de l'iris pour le glaucome chronique, pour le staphylome postérieur, la kératite ulcéreuse, l'hypopion, etc. Encore quelque temps, et toute la pathologie oculaire rentrera dans le domaine du bistouri et de l'excision !

En vérité, Messieurs, c'est attacher bien de l'importance à un symptôme qu'on peut retrouver dans des maladies aussi diverses. Oui, la tension subaiguë peut avoir de graves inconvénients, et l'iridectomie est une ressource ; mais dans les affections chroniques, la tension est lentement acquise, et le débridement du globe de l'œil ne peut remédier à une maladie générale et quelquefois constitutionnelle.

Voyons quels sont les résultats fournis par l'iridectomie lorsque

cette opération est pratiquée pour le glaucome chronique, qu'on assimile à tort au glaucome aigu.

A part quelques guérisons aussi inexpliquées que celles qui succèdent à toutes les tentatives empiriques, on s'accorde à dire que l'amélioration est très-faible, mais que l'opération entreprise trop tard a encore le mérite d'arrêter la maladie. Tout cela est bien peu de chose, et remarquez qu'on ne fait point entrer en ligne de compte les accidents possibles, tels que la cataracte traumatique, la fonte purulente du globe de l'œil, etc. La maladie s'arrête, dit-on, on précise les limites qui restent à la vision ; mais est-on bien en droit de dire que la marche d'une affection est modifiée par une opération alors que cette affection procède si lentement, que les débuts échappent à l'observateur, et que la terminaison ne saurait jamais être précisée? Quant aux améliorations obtenues, si j'en juge par quelques faits, elles existent surtout dans l'imagination des opérés; ces pauvres malades, désireux de recouvrer la vue, déclarent volontiers qu'il y a du mieux.

L'iridectomie dans tous ces cas est donc une opération empirique, et il est très-discutable de soutenir que tout est permis quand la vue est perdue. Je pense, pour ma part, qu'il vaut mieux s'abstenir le plus souvent, car avec l'opération on risque le peu de vision qui pourrait subsister; on s'expose à des phlegmasies dangereuses, et on peut compromettre l'art.

Que dirai-je maintenant de ces iridectomies préventives destinées à empêcher le retour des iritis à répétition? Que doit-on penser de ces excisions de l'iris que l'on pratique pour se mettre à l'abri des choroïdites séreuses qui pourraient compromettre l'opération de la cataracte! En vérité, c'est pousser bien loin la foi dans une opération aussi hasardeuse dans ses résultats que problématique dans ses effets immédiats.

Je me résume, Messieurs, en disant :

1° L'iridectomie peut rendre des services dans le glaucome aigu; mais cette opération ne doit passer qu'après les moyens usités en pareille circonstance, elle doit surtout céder le pas à l'opération d'Hancock.

2° L'iridectomie appliquée aux ophthalmies chroniques n'est justifiée par rien de positif; c'est l'empirisme, et l'indication en est difficile à préciser.

3° Enfin, l'iridectomie préventive a encore ses preuves à faire; on pourrait l'employer pour faciliter l'extraction d'une cataracte compliquée d'adhérences.

Messieurs, je pense que la Société de chirurgie a bien fait de diffé-

rer longtemps une discussion sur l'iridectomie, puisque aujourd'hui encore elle ne peut même pas se prononcer sur la valeur de cette opération. Rendons tous hommage aux travaux de chacun, car nous savons apprécier les résultats obtenus par les chirurgiens de tous les pays. Jugeons, Messieurs, sans idées préconçues, voyons les faits, revoyons surtout les malades opérés, et gardons-nous d'un germanisme exagéré.

M. GIRALDÈS. Il me semble que la discussion s'égare en suivant la marche que vient de lui imprimer M. Dolbeau. La question est de savoir quelle est l'efficacité de l'iridectomie dans le glaucome; non pas dans le glaucome tel que le décrivaient Maître-Jan, Brisseau, Weller et Lawrence, mais dans celui dont les recherches anatomo-pathologiques récentes ont établi la nature. Le glaucome se montre sous différentes formes; il peut être chronique, subaigu, aigu, et même dans certains cas affecter une marche fulminante, suivant l'expression de M. de Græfe.

Qu'arrive-t-il quand un glaucome aigu est traité par les moyens ordinaires, révulsifs, sangsues, anti-arthritiques, etc.? Il se produit une amélioration faible ou nulle, et en définitive le malade perd la vue. C'est dans ces conditions que l'iridectomie est efficace; elle arrête les progrès de l'affection et souvent rétablit la vision.

Je suis étonné que les adversaires de l'iridectomie ne songent à appuyer les succès qu'ils attribuent aux anciennes méthodes sur aucun de ces moyens d'exploration précis qui permettent de mesurer l'étendue du champ visuel. Cela me surprend d'autant plus que l'iridectomie est aujourd'hui adoptée non par un petit nombre, mais par les chirurgiens les plus distingués, à Vienne, à Berlin, dans toute l'Allemagne et l'Angleterre, et que ces chirurgiens ont signalé rigoureusement leurs échecs et leurs succès en prenant la peine de fixer le degré et l'étendue de ces succès.

On a mis en présence de l'iridectomie les ponctions de l'œil, méthode préconisée à diverses reprises, depuis White en 1808, par Wardrop, Makensie, Middlemore, Græfe. Ces ponctions n'ont donné que des résultats insuffisants, et elles ont été abandonnées.

A vrai dire, l'opération d'Hancock n'est qu'une ponction de l'œil. Je ne sais pourquoi M. Richet lui donne le nom d'iridotomie, car elle n'intéresse nullement l'iris.

M. Hancock, chirurgien du petit hôpital de Westminster, où l'opération est restée confinée longtemps, croyait que les fibres circulaires du muscle ciliaire, le muscle de Müller peut s'hypertrophier et étrangler l'œil; il voulait lever cet étranglement. Mais si on examine l'état des parties si bien figurées par Jæger jeune et par Kölliker, si on tient

compte du procédé qui consiste à enfoncer un couteau de Beer juste en arrière du cercle cornéal et à inciser dans l'étendue de 2 millimètres, on reste convaincu que cette opération équivaut à une simple ponction, et que cette ponction n'a même pas le pouvoir de vaincre la tension intra-oculaire.

Suivant M. Dolbeau, la tension intra-oculaire existe dans d'autres affections que le glaucome, et rien n'est moins fidèle et plus difficile à apprécier que ce signe.

Sans doute le degré de tension varie, mais il est extrême dans le glaucome aigu; l'œil a une dureté pierreuse. Pour éviter l'erreur, M. Bowman fait indiquer le degré de tension par une sorte de notation algébrique, T+1, T+2, ou bien T—1, T—2. On peut au reste confirmer ces données par l'étude de l'étendue du champ visuel. Il existe donc des moyens d'apprécier réellement le degré des altérations.

On nous objecte encore que l'iridectomie peut donner des succès pour le glaucome aigu, mais qu'elle est sans efficacité pour le glaucome chronique. L'iridectomie est la méthode de traitement dans les cas aigus, elle doit être la règle; pour les autres, c'est une affaire de pratique. Chaque chirurgien examinera si, dans des cas extrêmes, il jugera opportun de recourir à une opération qui peut lui réserver quelques chances de succès. Et on ne saurait porter au passif de la méthode toutes les tentatives de ce genre.

L'iridectomie, dit-on encore, peut entraîner des accidents graves et en particulier la fonte purulente de l'œil. Mais quelle opération, sans en excepter la simple ponction, ne peut amener un pareil résultat? Ces accidents sont-ils fréquents, même dans le nombre considérable d'iridectomies pratiquées dans tous les pays?

L'iridectomie a été employée dans bien d'autres affections que le glaucome, dans l'iritis, le staphytome postérieur, on pourrait ajouter contre la conicité de la cornée. Dans tous ces cas, elle a été mise en usage comme un expédient et non en vertu d'une méthode généralement acceptée.

Ce n'est pas à l'aide de ces arguments vagues que l'on peut combattre une opération qui s'annonce comme un progrès et qui promet la guérison mieux et plus sûrement que par aucune autre méthode. Il faut pour cela des faits plus positifs.

Au reste, tous les chirurgiens sont loin de partager le scepticisme de M. Dolbeau, et nous avons vu l'un des plus illustres, sir B. Brodie, se soumettre à l'iridectomie pour arrêter les progrès d'une cataracte glaucomateuse.

M. FOLLIN. Après le discours de M. Giraldès, je n'ajouterai rien sur la question générale, mais je veux protester contre une assertion

de M. Dolbeau relative à la rareté du glaucome aigu. C'est la première fois que j'entends formuler une pareille affirmation, et je crois devoir la relever immédiatement.

— La discussion sera continuée.

COMMUNICATION.

Tumeur fibreuse simulant un enchondrome. — M. GUÉRIN communique l'observation suivante :

Le nommé L..., âgé de soixante-sept ans, s'était plusieurs fois présenté à la consultation de l'hôpital Saint-Louis pour nous montrer une énorme tumeur dans laquelle le pouce de la main droite se trouvait englobé depuis longtemps. Comme cette affection existait depuis 40 ans, prenant en considération l'âge du malade, je m'efforçai à plusieurs reprises de le détourner du désir qu'il avait d'être débarrassé de cette tumeur, qui était devenue par son poids une cause de véritable souffrance. Prétextant l'insalubrité des salles de l'hôpital, j'avais plusieurs fois ajourné sa réception, lorsque le 29 août dernier il vint me supplier de le recevoir et de l'opérer.

Considérant que le volume de cette tumeur, devenu excessif, s'était beaucoup accru depuis deux ans et que des douleurs s'y étaient manifestées depuis deux mois, je reçus L... avec l'intention de l'opérer.

A la visite du lendemain, nous trouvâmes cet homme couché au nº 57 de la salle Saint-Augustin. Doué d'un caractère vif et plaisant, il n'avait aucune peur de l'opération, et j'obtins à grand'peine qu'il l'ajournât jusqu'à l'époque où il n'y aurait plus d'infection purulente dans nos salles.

A part un peu d'emphysème pulmonaire, le malade eût joui d'une santé excellente, si à la place du pouce de la main droite il n'avait pas eu l'énorme tumeur dont il demandait à être débarrassé.

D'une longueur de 15 à 16 centimètres, cette tumeur présentait des dimensions variables dans les divers points de son étendue. Au niveau de la première phalange, elle avait 31 centimètres de circonférence et 25 au niveau du métacarpien, qu'elle débordait en haut de manière à recouvrir une partie du bord externe des os du carpe.

Arrondie dans son ensemble, elle paraissait formée de trois tumeurs globuleuses de dimensions inégales, correspondant au premier métacarpien et aux deux phalanges du pouce. Mais ces trois sections se continuaient insensiblement.

Dure et comme osseuse à sa périphérie, elle donnait au toucher la sensation que l'on perçoit en palpant une masse osseuse que la peau

recouvre. Dans le quart de la région dorsale seulement, la tumeur était molle et fluctuante.

Prenant en considération la lenteur du développement de la maladie, son indolence pendant un très-grand nombre d'années, son peu d'action sur la constitution, l'intégrité des ganglions qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques de la main, nous avions pensé que c'était un enchondrome, et de tous les médecins qui ont eu l'occasion de la voir, il n'en est pas un à qui il soit venu la pensée que ce pouvait être autre chose.

Le 10 septembre, je pratiquai la désarticulation du premier métacarpien, et j'enlevai la totalité de la tumeur par une incision ovalaire dont l'extrémité supérieure correspondait à l'extrémité inférieure du radius.

Cette opération ne présenta rien de particulier, si ce n'est que le trapèze nous parut un peu augmenté de volume.

Les petites branches artérielles, qui étaient en grand nombre, ayant été liées, je réunis les lèvres de la plaie par la suture entortillée, et le malade, qui n'avait pas voulu être endormi et qui n'avait cessé de plaisanter pendant l'opération, retourna tranquillement dans la salle.

Malgré le courage dont cet homme venait de donner la preuve, il était évident qu'il avait fait, pour se montrer calme, un effort qui l'avait épuisé. Il riait doucement en racontant des histoires ; mais il était devenu pâle, et, bien que je lui eusse fait boire un verre de vin, ses forces paraissaient trahir sa volonté.

J'annonçai que cette opération pourrait avoir une issue fatale, et je rappelai plusieurs faits dans lesquels on voit des malades succomber à l'épuisement nerveux après avoir montré un courage surhumain pendant l'opération.

Au bout de quarante-huit heures, L..., dont la plaie avait le plus bel aspect, fut pris de délire bruyant. Comme il avait l'habitude do boire tous les jours un litre de vin blanc et deux litres de vin rouge, je lui prescrivis de l'opium et un supplément de vin de Bordeaux. Le calme sembla renaître ; mais le pouls du malade s'accéléra, son intelligence ne tarda pas à se troubler de nouveau, et la mort survint le 15 septembre, dans la soirée.

Examen de la tumeur. — En incisant la tumeur, nous ne découvrîmes qu'un tissu homogène, criant sous le scalpel, sans trace du tissu osseux, qui avait disparu au niveau des phalanges et de la presque totalité du métacarpien. La surface articulaire de l'extrémité supérieure de cet os était encore représentée par une lamelle osseuse, faisant en ce point une enveloppe à l'extrémité supérieuro de la tumeur.

Il ne pouvait plus y avoir de doute : c'était une tumeur fibreuse, et non un enchondrome. Le tissu, d'un blanc jaunâtre, qui la constituait, se continuait d'un bout à l'autre sans interruption, et il était impossible d'y trouver des vestiges des phalanges.

Le milieu de la face dorsale de la tumeur, où l'on avait constaté de la fluctuation, était le siége d'un kyste rempli de sérosité rougeâtre, d'une consistance aqueuse. La quantité de liquide a été approximativement évaluée à 100 grammes. Les parois du kyste étaient unies, et leur consistance était à peu près celle du reste de la tumeur.

M. Ordoñez ayant examiné cette tumeur au microscope, n'y a trouvé que les éléments du tissu fibreux à divers degrés de développement; du sang constituait le liquide du kyste; la peau qui recouvrait la tumeur était hypertrophiée à ce point que les papilles avaient sept fois leur volume normal. Le microscope n'ayant découvert que du tissu fibreux dans cette masse, il est impossible de dire quel a été le point de départ de la maladie.

Après l'évacuation du liquide, cette masse pesait encore 1,100 gr.; cette tumeur est donc de nature fibreuse, malgré les symptômes auxquels elle a donné lieu et qui ont dû la faire confondre avec un enchondrome.

Les enchondromes des doigts sont communs; il n'y a pas de chirurgien qui n'ait eu l'occasion d'en observer. Les tumeurs fibreuses de cette région sont, au contraire, tellement rares, que je n'en connais pas d'observation, et que dans les travaux les plus récents sur l'enchondrome, on n'a pas même pensé à en faire le sujet d'un diagnostic différentiel.

C'est à cause de cela que j'ai cru devoir présenter à la Société de chirurgie cette pièce curieuse d'anatomie pathologique, pour qu'à l'avenir on pense aux tumeurs fibreuses quand on aura à se prononcer sur la nature d'une affection que jusqu'ici on eût sans hésitation regardée comme un enchondrome.

— M. FOLLIN a eu l'occasion d'observer pendant son internat dans le service de M. Velpeau une tumeur fibreuse qui avait envahi la totalité du calcanéum très-augmenté de volume, et qui offrait par son aspect de l'analogie avec la pièce présentée par M. Guérin.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

Séance du 27 septembre 1864.

Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend : Les journaux de la semaine. — Une demande de congé de M. Guérin.

DISCUSSION.

Iridectomie.

M. LEFORT. Après les remarquables discours de MM. Giraldès et Follin, il ne peut rester de doute dans l'esprit de personne sur l'utilité de l'iridectomie, et je n'aurais pas pris la parole dans cette discussion, si je n'avais pensé qu'il ne serait peut-être pas inutile de chercher dans l'étude des faits quelles sont ou peuvent être, d'après les résultats obtenus jusqu'à présent, les indications de l'iridectomie; quelle est la valeur comparative des opérations de de Græfe et de Hancock, et enfin par quel moyen, par quel mécanisme, ces opérations peuvent amener la guérison du glaucome.

L'iridectomie ne donne aucun résultat avantageux dans le glaucome chronique, lorsque toute perception lumineuse a disparu; elle donne des résultats heureux, malgré leur imperfection, lorsque la vision existe encore à un certain degré, soit en l'améliorant, soit en arrêtant la marche progressive du mal; elle donne des résultats excellents, lorsqu'il s'agit de combattre le glaucome aigu, et elle peut être considérée dans ce cas comme une des grandes conquêtes de la science moderne dans la thérapeutique des affections oculaires.

L'opération de Hancock, qui n'est qu'un dérivé de la découverte de von Græfe, me paraît préférable à l'iridectomie dans le traitement du glaucome. Telles sont les conclusions auxquelles je suis arrivé, et dont je vais chercher à vous démontrer la légitimité.

Dans son discours du 24 août, notre collègue M. Follin nous a rappelé les conditions particulières qui font du glaucome des ophthalmologistes modernes une entité pathologique, différente à beaucoup d'égards de ce que l'on appelait jadis du nom de glaucome.

Le symptôme prédominant, celui qui paraît être le point de départ de tous les autres, ce n'est plus la teinte glauque, la couleur plus ou moins verdâtre du fond de l'œil, c'est la pression intra-oculaire exagérée, amenant l'excavation de la papille, la propulsion en avant du cristallin et de l'iris, le battement des artères rétiniennes, la dureté

pierreuse du globe, le trouble des milieux, la mydriase, les névralgies ciliaires et sus-orbitaires ; enfin, comme résultat de ces désordres anatomiques et physiologiques, une perte plus ou moins complète de la vision, une cécité plus ou moins rapide, mais fatale, si aucun remède n'est apporté.

Mais suivant les cas, la marche de la maladie est bien différente : tantôt dans le glaucome fulminant la vue est perdue en quelques heures, comme le montrent les exemples cités par von Græfe dans le mémoire inséré dans le VIII[e] volume des *Archive für ophthalmologie*. Tantôt l'attaque aiguë du glaucome dure plusieurs jours avant d'amener la cécité complète; quelquefois, au milieu d'une maladie, pendant laquelle la faculté visuelle diminue d'une manière graduelle et lente, des attaques aiguës apparaissent, la vue s'affaiblit ou disparaît pour quelque temps, et lorsque cet état aigu a cessé, la vision ne revient plus telle qu'elle était à chaque attaque, et à chacune d'elles le malade a fait un nouveau pas vers la cécité. Enfin, quelquefois, sans début constaté, sans exacerbations, dans un temps qui varie d'une à douze ou quinze années, le glaucomateux devient peu à peu, graduellement, mais fatalement aveugle, si l'art n'intervient pour arrêter du moins la marche progressive du mal.

Avons-nous affaire dans tous ces cas aux degrés divers d'une même maladie ? Faut-il, comme le veut Bowmann, donner le nom de glaucome à toutes les affections oculaires dans lesquelles il y a excès de pression ? Le glaucome chronique n'est-il qu'une variété du glaucome aigu, du glaucome fulminant? C'est un point sur lequel je crois, pour ma part, devoir faire des réserves.

Quoi qu'il en soit, voyons ce qu'a produit dans le traitement de ces différentes sortes de glaucome l'opération de de Græfe, c'est-à-dire l'excision de l'iris. Les *Ophthalmic hospital Reports* nous offrent à cet égard un document important.

M. Bader, chargé du registre des observations à London ophthalmic hospital, a publié en 1860 la statistique détaillée des 84 premières opérations d'iridectomie faites dans cet établissement.

J'ai classé dans un certain ordre ces différents faits, suivant la date du début de la maladie, c'est-à-dire : glaucomes ayant une durée de plus de deux ans ; glaucomes datant de 6 mois à 2 ans, de 1 à 6 mois; enfin ceux datant de moins de trente jours, et j'ai séparé dans ces diverses classes les cas dont la marche avait été graduelle et ceux qui avaient présenté des exacerbations plus ou moins nombreuses. Un tableau où chaque fait est désigné par son numéro d'ordre, permettra de voir facilement quel était pour chaque malade l'état de la vue avant l'iridectomie, et ce qu'il devint après l'opération.

Statistique de London Ophthalmic Hospital (*mai* 1857, *septembre* 1859. *Bader*).

ÉTAT DE LA VUE AVANT L'IRIDECTOMIE					RÉSULTAT DE L'OPÉRATION						
Vision nulle.	Perception de la lumière seulement.	Perception de l'ombre des objets.	Vision des objets.	Lecture possible.	Aggravation.	Sans amélioration.	Perception de la lumière.	Perception de l'ombre des objets.	Vision des doigts et objets.	Lecture.	Amélioration non déterminée.
(Glaucome chronique à marche continue (durée de deux ans et au delà).											
1, 7, 10, 15, 17, 18, 32.	2, 21, 25, 26.	5, 8. 11. 13, 20, 22, 23, 53.		6, 33.	20.	1, 2, 5, 6, 10, 11, 13, 15, 18, 21, 22, 23, 25, 26, 32, 53.	8. 17.	7.			33.
Glaucome chronique avec attaques antérieures (durée de deux ans et au-delà).											
30, 34, 65.	36, 37, 38, 39, 43, 44, 45, 63.	40.	66.	35.		37, 65, 66.		30, 34, 39, 43.	38.	63.	35. 36, 40, 44, 45.
Glaucome chronique à marche continue (durée de six mois à deux ans).											
	29.	12, 14, 16, 19, 27.	28.			14. 16, 19, 29.			12, 27.		28.
Glaucome chronique avec exacerbations aiguës (durée de six mois à deux ans).											
48, 57, 58, 77.	31.		49.			31, 57, 58, 77.	48.				49.
Glaucome à marche lente (durée d'un à six mois).											
	24, 83, 84.	3.	4, 55, 56.			4.			3, 24, 83, 84.	55.	56.
Glaucome avec exacerbations aiguës (durée d'un à six mois).											
46, 64, 72, 75, 78.	52, 67, 79.	9, 41, 42. 51, 54, 74, 82.	50, 62, 68, 80, 81.	47.	79.	9, 41, 42, 46, 52, 64, 78.		72.	74, 75, 82.	50, 62, 67, 68.	47, 51, 54, 80, 81.
Glaucome aigu (durée moindre d'un mois).											
71.	59, 76.	60, 64.	69, 70.	73.					59, 71, 76.	60, 64, 69, 70.	73.

Statistique des opérations d'iridectomie pratiquées à London ophthalmic hospital, du mois de mai 1857 au mois de septembre 1859, et inséré par M. Bader dans les *Ophthalmic hospital Reports*, janvier 1860.

Glaucome chronique à marche continue. Durée, 2 ans et plus : 21 cas.

Vue perdue au moment de l'opération, 7 cas : sans amélioration, 5 ; perception lumineuse recouvrée, 1 ; vision de l'ombre des objets, 1.

Perception de la lumière conservée, 4 : sans amélioration, 4.

Perception de l'ombre des objets, 8 : sans amélioration, 6 ; perception lumineuse, 1 ; aggravation, 1.

Lecture encore possible, 2 : sans amélioration, 1 ; amélioration légère, 1.

En résumé, aucun malade n'a été amélioré d'une manière utile, sauf un seul, qui pouvait encore lire avant l'opération.

Glaucome chronique avec attaques aiguës passagères. Durée, 2 ans et plus : 14 cas.

Vision perdue avant l'opération, 3 cas : sans amélioration, 1 ; vision de l'ombre des objets devenue possible, 2.

Perception lumineuse conservée, 8 : sans amélioration, 1 ; vision de l'ombre des objets, 2 ; amélioration légère, 3 ; vision des objets, 1 ; lecture possible, 1.

Perception des ombres, 1 : amélioration légère.

Vision des objets, 1 : sans amélioration.

Lecture possible, 1 : amélioration légère.

En résumé : vision des objets, faculté de lire rendue à deux malades n'ayant plus que la perception qualitative de la lumière ; vision des objets, faculté de lire probablement conservée à deux malades. Aucune amélioration utile pour les dix autres.

Glaucome chronique datant de 6 mois à 2 ans ; marche graduelle, 7 cas.

Perception lumineuse conservée, 1 cas : sans amélioration.

Perception de l'ombre des objets, 5 : sans amélioration, 3 ; perception des objets, 2.

Vision des objets conservée, 1 ; amélioration légère.

Un malade amélioré, 2 pouvant voir les objets dont ils ne pouvaient apprécier que l'ombre, les 4 autres sans amélioration.

Glaucome chronique de 6 *mois à* 2 *ans, avec attaques aiguës accidentelles,* 6 *cas.*

Vision perdue avant l'opération, 4 cas : sans amélioration, 3; lumière perçue, 1.

Lumière encore perçue, 1 ; sans amélioration.

Vision des objets, 1 ; légère amélioration.

En résumé, l'opération ne fut un peu utile qu'à un seul malade.

Glaucome de 1 *à* 6 *mois; marche graduelle,* 7 *cas.*

Perception lumineuse conservée, 3 cas : vision des objets retrouvée, 3.

Perception de l'ombre, 1 ; vision des gros objets.

Vision des objets, 3 : sans amélioration, 1 ; amélioratiou légère, 1 ; lecture possible, 1.

Un seul des malades ne fut pas amélioré; 4 à peu près aveugles retrouvèrent la faculté de voir les objets, et sur 2 opérés pouvant auparavant reconnaître certains objets, 1 fut amélioré, l'autre retrouva le pouvoir de lire.

Glaucome de 1 *à* 6 *mois; attaques glaucomateuses intercurrentes,* 21 *cas.*

Vision perdue avant l'opération, 5 cas : sans amélioration, 3; perception des ombres, 1 ; perception des objets, 1.

Perception lumineuse conservée, 3 : aggravé, 1 ; sans amélioration, 1 ; lecture possible, 1.

Perception des ombres, 7 : sans amélioration, 3; légère amélioration, 2; vision des objets, 2.

Vision des objets conservée, 5 : légère amélioration, 2; lecture possible, 3.

Lecturo possible, 1 ; légère amélioration.

Sur 4 malades presque aveugles, 3 purent retrouver la faculté de distinguer les objets et 1 le pouvoir de lire; sur 5 autres opérés pouvant distinguer les objets, 2 furent améliorés et 3 purent lire l'imprimé ordinaire.

Les autres ne furent pas améliorés d'une manière utile, mais presque tous étaient à peu près aveugles avant l'opération.

Glaucome aigu ayant moins de 1 *mois de durée,* 8 *cas.*

Vision perdue, 1 cas; vision des objets, 1. Perception lumineuse, 2; vision des objets, 2. Perception des ombres, 2; lecture possible, 2.

Perception des objets, 2; lecture possible, 2. Lecture possible, 1; amélioration.

Amélioration constante et souvent remarquable : sur 5 malades presque aveugles, 3 purent retrouver la faculté de voir les objets, les 2 autres celle de lire, et 2 qui ne pouvaient que reconnaître les objets purent lire après l'iridectomie.

Si nous mélangeons indistinctement tous les faits, nous en tirerons, d'une manière peu utile du reste, le résumé suivant :

Aggravation.	2
Sans amélioration.	35
Amélioration n'allant pas jusqu'à la vision des objets.	15
Faculté de voir les objets rendue au malade. . . .	13
Faculté de lire rendue aux opérés.	10
Vision des objets conservée et améliorée.	5
Lecture plus facile qu'auparavant.	4
	84

Dans plus de la moitié des cas, l'état des malades a été amélioré, soit que l'opération ait augmenté l'acuité et l'étendue de leurs facultés visuelles, soit qu'elle ait augmenté aussi l'étendue de leur champ visuel, rétréci parfois à un tel degré qu'un point limité de la rétine était seulement resté impressionnable.

Dans 35 cas cependant sur 84, il n'y eut aucune amélioration; mais s'il n'y a pas eu rétrocession, il y a eu probablement pour un certain nombre arrêt de la maladie par le fait de l'opération. Dans beaucoup de ces cas, du reste, l'iridectomie eût dû peut-être ne pas être faite, car il s'agissait de glaucome chronique chez des malades à peu près ou complétement aveugles.

La statistique de M. Bader nous montre que les résultats de l'iridectomie sont très-différents suivant qu'elle est pratiquée dans le glaucome aigu ou le glaucome chronique; cette différence se retrouve encore dans une excellente statistique publiée par M. Frœbelius, de Saint-Pétersbourg, dans le *Petersburger Medicinische Zeitchrift*, 1863, p. 65. Nous la proposons volontiers pour modèle, car elle nous donne l'état de l'œil au point de vue des symptômes objectifs, ophthalmoscopiques et physiologiques avant et après l'iridectomie, ainsi que l'histoire ultérieure du malade.

Statistique de Frœbelius (Saint-Pétersbourg).

AVANT L'OPÉRATION					APRÈS L'OPÉRATION					
Vision nulle.	Perception de la lumière.	Perception de l'ombre des objets.	Vision des doigts et objets.	Lecture. Nº de Jæger.	Sans amélioration.	Perception de la lumière.	Vision des doigts.	Vision des petits objets.	Lecture. Nº de Jæger.	Amélioration légère.
				Glaucome aigu sans attaques antérieures.						
2.	3, 4.	1.	7, 8, 9.	$5^{15}, 6^{20}, 10^{13}$.				8.	$1^5, 2^{10}, 3^5$. $4^5, 5^5, 6^{10}$, $7^3, 10^8$.	9.
				Glaucome aigu avec attaques antérieures.						
11.	13, 14.			12^{20}.	12.	11.	14.		13^{20}.	
				Glaucome chronique.						
18, 20.			16, 21.	$15^{20}, 17^{18}$. 19^{20}.	17, 18. 20, 21.				15^{16}. 19^5.	16.

Statistique de Frœbelius (Saint-Pétersbourg.)

Glaucome chronique de 6 mois à 6 ans , 7 cas.

Vision nulle, 2 cas ; sans amélioration, 2.

Vision des doigts conservée , 2 : sans amélioration, 1 ; légère amélioration, 1.

Lecture possible, 3 cas : sans amélioration, 1 ; amélioration, 2.

Deux malades furent améliorés et purent lire l'un le nº 5, l'autre le nº 16 de l'échelle de Jæger, mais tous deux, avant l'opération, lisaient le nº 20.

Glaucome aigu avec attaques antérieures , 4 cas.

Vision nulle, 1 cas ; retrouve la perception de la lumière.

Perception lumineuse conservée : 2 ; peut compter les doigts, 1 ; lit le nº 20 de Jæger, 1.

Lecture du nº 20 conservée : pas d'amélioration.

Deux malades furent réellement améliorés , tous deux étaient presque aveugles ; l'un put compter les doigts , l'autre lire le nº 20 de Jæger.

Glaucome aigu simple, 10 cas.

Vision nulle, 1 cas : lit le nº 5.

Perception lumineuse conservée, 2 : tous deux lisent le nº 5.

Perception des ombres conservée , 1 : lit le nº 5.

Faculté de compter les doigts, 2 : légère amélioration, 1 ; 1 lit le nº 3.

Faculté de voir les objets, 1 : légère amélioration.

Lecture encore possible , 3 : 1 lisant le nº 20 peut lire le nº 10 , 1 lisant le nº 15 peut lire le nº 10 , 1 lisant le nº 13 peut lire le nº 8.

Amélioration constante et remarquable de la vue ; quatre malades à peu près ou tout à fait aveugles pouvant lire le nº 5 de Jæger , tel fut le résultat de l'iridectomie dans ces cas de glaucome aigu.

Il me paraît inutile d'invoquer un plus grand nombre de faits pour montrer que l'iridectomie doit être pratiquée sans hésitation dans les cas de glaucome aigu.

Elle doit être faite dans les cas de glaucome chronique lorsque la vue est encore possible, pour arrêter la marche de la maladie, et dans l'espoir souvent fondé d'améliorer la vision.

On doit être réservé dans son emploi lorsque la maladie a une longue durée , en se rappelant qu'à côté du précepte : *Melius anceps remedium quam nullum,* il en est un autre : *Primum non nocere.*

L'iridectomie me paraît devoir être proscrite dans les cas de glau-

come chronique datant de plus d'une année, lorsqu'il y a perte absolue de la faculté visuelle. Il n'y a d'exception qu'en cas de douleurs très-vives intra ou circumorbitaires.

Iridectomie dans d'autres affections oculaires autres que le glaucome.

Ce n'est pas seulement contre le glaucome que l'iridectomie a été employée ; on y a eu recours contre des maladies très-différentes, comme le prouverait seule déjà la statistique suivante de 30 faits tirés de la pratique de M. Hulke, chirurgien de Morfield, à Londres.

L'iridectomie a été faite 12 fois pour une irido-choroïdite, 2 fois pour une choroïdite aiguë suppurative, 1 fois pour une iritis aiguë, 8 fois pour une iritis chronique, 1 fois pour un ulcère de la cornée et congestion choroïdienne, 2 fois pour un staphylome, 3 fois pour leucome et cataracte.

De la lecture du tableau et du résumé que je joins à ce rapport, il résulte que ce n'est guère que dans les cas d'irido-choroïdite et d'iritis que des succès ont été obtenus. Mais ici, Messieurs, mon opinion sur l'utilité de l'iridectomie est tout autre que pour le glaucome; je crois que la guérison peut être obtenue avec autant d'avantage et moins de danger par les moyens médicaux : sangsues, belladone, calomel à doses réparties, etc. C'est par ces moyens que j'ai pu, depuis l'ouverture de cette discussion, guérir une malade atteinte d'irido-choroïdite aiguë, chez laquelle la vision se bornait à la perception qualitative de la lumière, qui après six jours de traitement lisait à un mètre, sans verre biconvexe, le nº 12 de Jæger par toute la surface rétinienne, et sur laquelle (j'en ai la conviction d'après ce que j'ai vu à l'étranger) un grand nombre d'ophthalmologistes eussent sans hésitation pratiqué l'iridectomie.

Quant à ce qui concerne les tentatives empiriques d'opérations faites pour combattre des affections oculaires rebelles à d'autres moyens, et sans traitement rationnel et utile connu, je suis prêt à me ranger à l'avis de MM. Giraldès et Follin, avec d'autant plus de raison que nous ne savons pas encore d'une manière certaine comment l'excision d'un lambeau d'iris agit contre le glaucome et quelques inflammations profondes des membranes de l'œil.

Statistique de Hulke.

Irido-choroïdite. — Vision nulle, 3 cas : 1 sans amélioration; 1 avec grande amélioration; 1 lit le nº 16.

Perception de la lumière, 5 cas : 2 sans amélioration; 1 distingue les doigts; 1 lit le nº 6 de Jæger; 1 lit le nº 1 de Jæger.

Faculté de compter les doigts, 3 cas : 1 sans amélioration ; 1 légère amélioration ; 1 lit le n° 4.

Faculté de lire, 1 cas : 1 lisant le n° 18 lit le n° 16.

Résumé, 12 cas : 4 sans amélioration ; 3 avec amélioration ; 1 avec grande amélioration ; 4 avec très-grande amélioration.

Choroïdite aiguë suppurative, 2 cas, tous deux avec perception de la lumière : 1 sans amélioration ; 1 dans un état plus fâcheux.

Iritis aiguë, 1 cas : peut compter les doigts, lit ensuite le n° 1 de Jæger.

Iritis chronique. — Vision nulle, 1 cas : lit le n° 16.

Perception de la lumière, 1 cas : lit le n° 20.

Perception des doigts conservée, 2 cas : 1 sans amélioration ; 1 avec grande amélioration.

Pouvaient encore lire, 4 malades : 1 lisant le n° 18 ne fut pas amélioré ; 1 lisant le n° 16 eut son état aggravé ; 1 lisant le n° 15 put lire le n° 3 ; 1 lisant le n° 12 put lire le n° 4.

En résumé, 8 cas d'iridectomie pour iritis chroniques : 1 fut aggravé ; 2 ne furent pas améliorés ; 3 éprouvèrent une amélioration notable ; 2 éprouvèrent une très-grande amélioration.

L'iridectomie fut faite : 1 fois pour ulcère de la cornée et congestion choroïdienne ; 2 fois pour staphylome ; 3 fois pour leucome et cataracte.

L'extraction de la lentille fut en même temps pratiquée ; sauf un des derniers, qui put apercevoir la main, aucun ne fut amélioré.

Dans un cas où l'iridectomie fut faite pour une plaie de la cornée, de l'iris et du cristallin, le malade qui avait perdu la perception de la lumière put apercevoir et compter les doigts.

Parallèle entre l'iridectomie et le débridement de l'œil.

Le fait principal de la découverte de Græfe, c'est, comme le dit M. Ch. Pagenstecher, d'avoir eu la hardiesse d'entreprendre sur un œil atteint d'inflammation une opération qu'il y a vingt-cinq ans on ne se hasardait à pratiquer sur un œil non enflammé qu'en s'entourant des précautions les plus minutieuses ; c'est d'avoir appliqué à la guérison d'affections inflammatoires l'opération de la pupille artificielle par excision. Les bienfaits de l'iridectomie peuvent-ils être réalisés avec moins de dangers et d'inconvénients par d'autres opérations ? C'est ce que je suis assez disposé à admettre.

Le fait de M. Richet nous force à apporter à l'examen des résultats obtenus par l'opération dite d'Hancock la plus grande attention. Que cette opération ait été suivie de succès, nous ne pouvons en douter ; nous avons devant nous le témoignage de notre collègue, de nom-

breuses observations recueillies à Westminster ophthalmic hospital, et elle a pu mieux réussir là où l'iridectomie avait échoué, comme le témoigne un fait consigné par M. Rosebrugh, de Torvato, dans le numéro du 28 juillet 1864 de l'*American medical Times.* Sa malade, atteinte de glaucome aigu, fut iridectomisée le 26 novembre 1862. Le 20 janvier 1863, l'amélioration de la vue survenue d'abord avait disparu, et l'œil était redevenu dur. L'opération d'Hancock, pratiquée alors, amena la guérison complète, et la malade put depuis lire sans lunettes l'imprimé ordinaire.

Examinons comparativement les résultats donnés par les deux opérations.

Depuis le mois de septembre 1859, époque où il l'imagina, jusqu'au mois d'octobre 1860, M. Hancock pratiqua 31 fois son opération dans des cas de glaucome. Quinze de ces observations ont été publiées *in extenso* par lui dans *The Lancet*, et les résultats dans ces 31 cas se partagent de la manière suivante :

10 n'eurent aucune amélioration.

6 recouvrèrent la faculté de percevoir la lumière.

5 purent reconnaître divers objets, comme clefs, crayons, etc.

10 purent lire, et aucun de ces malades ne pouvait avant l'opération distinguer une seule lettre.

Si nous mettons en regard de ces faits ceux recueillis à London Ophthalmic hospital, et dans lesquels l'iridectomie a été faite, en ramenant à 100 le chiffre des opérés, nous trouvons :

	Iridectomie.	Opérat. d'Hancock
Aggravation par l'opération. . . .	2	»
Sans amélioration notable pour la vue.	70	51
Vision des objets rendue au malade. .	15	16
Faculté de lire rendue à l'opéré. . .	12	32

Ces chiffres ont certainement leur valeur, mais il ne faudrait pas cependant l'exagérer. Il ne suffit pas pour se rendre compte de l'amélioration de la vue de comparer les points d'arrivée, il faudrait établir la comparaison d'après le point de départ, et la valeur de cette comparaison ne resterait entière que si le point de départ avait été le même pour tous les malades, c'est-à-dire une cécité absolue.

La non-publication *in extenso* de toutes les observations de M. Hancock m'a empêché de faire cet examen comparatif dans des conditions plus rigoureuses.

Mais une autre considération doit encore intervenir, celle des dangers et des accidents des deux opérations.

L'iridectomie, même entre les mains de chirurgiens habiles et ex-

périmentés comme ceux de London Ophthalmic hospital, peut être suivie d'accidents. C'est ce que nous montre encore le consciencieux rapport de M. Bader.

Une fois, le corps vitré, l'hyaloïde, le cristallin s'échappèrent, et il se fit une hémorrhagie évaluée à 15 grammes de sang.

Une fois, le cristallin encore dans sa capsule se présenta à la plaie, et six heures après on le trouva à côté du malade avec un tiers du corps vitré.

Quatre fois des fragments de cristallin sortirent par la plaie, et dans deux cas le reste devint opaque; dans deux autres cas, il s'échappa avec quelques débris du cristallin un peu du corps vitré.

Sept fois le cristallin devint opaque après l'opération; il avait probablement été atteint par le couteau ou les pinces.

Quinze fois il y eut des hémorrhagies. Dans quelques cas le sang s'échappa de la partie voisine de la grande circonférence, d'autres fois près de la pupille ou même de la surface libre de l'iris. Cette hémorrhagie, attribuée par la plupart des auteurs à l'évacuation trop rapide de l'humeur aqueuse, arriva le plus souvent pendant l'opération, assez souvent encore immédiatement après, une fois au bout d'une heure, une autre fois le jour suivant, et dans ce cas il y eut suppuration du globe. La pratique suivie dans cette circonstance à Morfield est d'évacuer aussitôt le sang, sans lui permettre de former dans la chambre antérieure un caillot difficile à extraire; une fois même une contre-ponction a été faite à la cornée, pour permettre l'issue du sang épanché.

Græfe, dans le huitième volume des *Archives für Ophthalmologie*, signale tous ces accidents, étudie leur mode de production, les moyens de les éviter, et avec cette bonne foi scientifique qui honore tant l'illustre ophthalmologiste, il nous montre le premier un des inconvénients de l'opération; c'est, outre la cicatrisation cystoïde de la plaie, l'apparition plus hâtive d'un glaucome dans l'œil sain après que l'iridectomie a été faite avec succès sur l'autre.

Sur plus de 400 cas de glaucome observés par lui, Græfe n'a vu que 5 fois, lorsqu'il n'avait pas pratiqué l'iridectomie, survenir la maladie dans l'autre œil avant la fin du premier mois; mais dans 49 cas dans lesquels, au moment de l'iridectomie, l'autre œil était sain, 9 fois cet œil sain devint glaucomateux quinze jours après l'iridectomie faite sur l'œil malade.

Ajouterai-je au bénéfice de l'iridectomie deux faits réels, quoique inexplicables encore, observés par M. Pagenstecher de Wiesbaden, deux iridectomies restant sans effet sur l'œil opéré, mais guérissant l'autre œil malade également et non opéré?

Il est encore prématuré de se prononcer dans le parallèle de l'iridectomie et de l'opération d'Hancock. Cette dernière commence à s'introduire dans la pratique; M. Munneley l'a acceptée avec une modification peu importante; elle est le point de départ du procédé de Heiberg de Christiania; M. Jose Salomon la pratique pour combattre la myopie congénitale ou acquise; en Amérique, elle est faite concurremment avec l'iridectomie; M. Richet lui a dû un succès remarquable; enfin M. Serres d'Alais paraît y avoir recours plus que journellement.

Pour ma part, sans expérience personnelle de l'opération, mais après avoir observé un certain nombre de malades et vu pratiquer de nombreuses iridectomies à Londres, dans l'hôpital de Morfield, en 1858, 1860 et 1861, par MM. Bowmann, Critchett, Hulke, Dinon, etc., et cette année même à l'hôpital ophthalmique de Saint-Pétersbourg par MM. Hagawly et Blessing, à Vienne par MM. Arlt et Jæger, à la clinique de Græfe par l'illustre ophthalmologiste de Berlin ; après avoir lu attentivement la plupart des observations publiées, mon impression est plus favorable à l'opération d'Hankock qu'à l'iridectomie, et je m'éloigne sur ce point de l'opinion de MM. Follin, Foucher et Giraldès. Cette préférence, je la puiserais encore dans ce qui me paraît être le mode d'action de l'opération, et je demande à la patience et à la bienveillance de la Société la permission de lui exposer rapidement quelques idées sur la théorie du glaucome et de l'iridectomie.

Théorie du glaucome et du mode d'action des opérations pratiquées sur l'œil dans ces circonstances.

Le glaucome a été considéré par Græfe et par la plupart des ophthalmologistes comme une irido-choroïdite séreuse. L'augmentation de pression serait due à une hypersécrétion de sérosité qui se fait aux dépens de la choroïde et de l'iris. Le glaucome, dit aujourd'hui M. Wecker dans son excellent traité, est toujours dû à une hypersécrétion de liquide qui se fait dans la cavité de l'œil aux dépens du tractus uvéal.

Cette théorie paraît avoir non pas précédé mais suivi la découverte de l'iridectomie, opération à laquelle V. Græfe a été amené par les bons résultats temporaires de la paracentèse oculaire. C'est en enlevant une portion notable de la membrane sécrétante, que l'iridectomie empêche, dit-il, l'excès de pression intra-oculaire. Cette explication me paraît passible d'objections graves. Le point essentiel de l'opération, disent presque tous les ophthalmologistes, est d'enlever le lambeau d'iris jusqu'à la grande circonférence. Mais dans les cas où des fragments bien plus considérables de la partie moyenne et cen-

trale de l'iris ont été enlevés sans amener de guérison permanente, pourquoi cette guérison n'aurait-elle pas eu lieu, puisque l'étendue de la membrane sécrétante a été diminuée plus notablement que dans une iridectomie faite suivant les préceptes posés, c'est-à-dire jusqu'à la grande circonférence ?

Les succès incontestables de l'opération d'Hancock montrent bien mieux encore que cette diminution de la séreuse oculaire n'est pas indispensable à la guérison. De plus, si la sécrétion qui amène l'excès de pression est due à l'iris, comment se fait-il que le cristallin et l'iris soient portés en avant, au point que le diaphragme arrive quelquefois très-près de la cornée? L'étendue de la chambre antérieure, au lieu d'être diminuée, devrait être augmentée par le refoulement en arrière du cristallin ; or, c'est le contraire qui existe.

M. Hancock à son tour a proposé une autre théorie. Il admet que la contraction spasmodique du muscle ciliaire, contraction due le plus souvent au rhumatisme, comprime les vaisseaux choroïdiens et amène une exsudation séreuse. Aussi a-t-il été amené à supprimer cette compression supposée par le débridement du muscle. Mais ici encore je rencontre des objections. Comment une simple ponction faite parallèlement aux fibres du muscle pourrait-elle opérer ce débridement? Et d'ailleurs, comment avec cette théorie expliquer les succès également incontestables de l'iridectomie?

M. Bowmann, du moins pour le glaucome chronique, croit à une hypersécrétion de l'humeur vitrée, et, dans quelques cas, à son endurcissement partiel. Mais on ne trouve pour cette théorie ni preuve anatomique ni même une explication possible du mode d'action de l'iridectomie.

Est-ce encore, comme il le croyait d'abord avec von Græfe, que l'iridectomie permettrait aux liquides accumulés derrière l'iris d'arriver dans la chambre antérieure? Mais il n'existe presque jamais de synéchie postérieure complète, et en l'absence de synéchie complète, le liquide, s'il en existait entre l'iris et le cristallin, passerait d'autant plus facilement dans la chambre antérieure que la pupille est très-dilatée.

M. Mayer, dans le travail dont il vous a donné lecture dans l'avant-dernière séance, propose une autre explication. A l'état normal, dit-il, le corps vitré et l'humeur aqueuse sont en communication évidente, il se produit un échange entre ces deux liquides, base naturelle de la pression normale dans l'iridectomie du globe. Quand le corps vitré, par une surcharge du contenu, est sous une trop forte pression, il se décharge à l'aide de l'humeur aqueuse, dont la quantité est réglée par la transsudation à travers la cornée. C'est à cet échange entre les

deux liquides que sert le passage entre le cristallin et l'iris. Qu'est-ce qui arrive maintenant dans le glaucome? L'iris, le ligament suspenseur du cristallin, la lentille, sont poussés en avant; le diaphragme, qui ferme la chambre antérieure en arrière, est évidemment plus tendu. Le corps vitré surchargé ne peut se débarrasser par l'humeur aqueuse, par suite de l'obstruction du passage ordinaire par la lymphe qui s'est déposée à la surface postérieure de l'iris. Pour M. Mayer, c'est en rétablissant la communication entre le corps vitré et l'humeur aqueuse que l'iridectomie est utile.

Cette explication, tout ingénieuse qu'elle soit, me paraît passible de graves objections. En admettant, ce qui n'a été démontré par aucune autopsie, que le corps vitré soit augmenté de volume, et surtout que l'endosmose se fasse du corps vitré à l'humeur aqueuse, ce qui paraît le contraire de la réalité, il faudrait admettre l'existence de communications normales, non pas directes, comme les prétendus canaux de Ribes, mais indirectes entre le corps vitré et l'humeur aqueuse. Pour vérifier le fait, j'ai injecté au milieu du corps vitré d'un chien une solution de carmin : rien, après une heure, n'avait transsudé dans l'humeur aqueuse. Mais on ne peut tirer de conclusions d'une seule expérience, et M. Mayer nous promet d'ailleurs de nous apporter bientôt des preuves expérimentales à l'appui de sa théorie.

Jusqu'à présent, Messieurs, il n'existe aucune théorie acceptée quant au mode de production du glaucome et au mode d'action de l'iridectomie; fort peu partisan des théories sans preuves matérielles, n'ayant pu encore, dans un petit nombre d'expériences faites à ce sujet sur les yeux du bœuf, sur des chiens et des lapins, arriver à une démonstration évidente, c'est avec une grande réserve que j'ose vous soumettre quelques idées à cet égard.

Le glaucome aigu est pour presque tous les ophthalmologistes une irido-choroïdite s'accompagnant d'une sécrétion séreuse fournie par le feuillet vasculaire et s'échappant par la face uvéale. Celle qui vient de l'iris se mêle à l'humeur aqueuse, qu'elle rend opalescente et trouble; celle qui vient de la choroïde transsuderait à travers la rétine et irait augmenter le volume du corps vitré. Pourquoi la transsudation se fait-elle à travers la rétine, alors que dans les autres cas le liquide, accumulé entre les deux membranes internes de l'œil, décolle la rétine? C'est ce qu'on ne peut encore expliquer, et rien n'a jusqu'ici prouvé l'augmentation de volume du corps vitré.

J'ai tout lieu de croire, pour ma part, que la sécrétion séreuse ou plastique se fait au contraire sur la face sclérotidienne de la choroïde, et que le liquide sécrété s'amasse entre ces deux membranes, dans

cette loge sans issue, qui forment en arrière l'adhérence de la choroïde au nerf optique, et en avant l'adhérence du cercle ciliaire à l'iris, à la choroïde, à la sclérotique et à la cornée.

Quelques gouttes de liquide ainsi accumulées sous une membrane fibreuse presque inextensible, transmettent une pression plus ou moins forte aux parties intra-oculaires, refoulent en dedans la choroïde doublée de la rétine, et ce refoulement concentrique a pour résultat :

1° De soulever légèrement en dedans les membranes internes; soulèvement qui devient apparent au niveau de la papille, puisqu'au niveau de l'entrée du nerf optique, toutes ces membranes de l'œil adhèrent les unes aux autres, et fait apparaître cette papille comme excavée ou refoulée en arrière.

2° D'augmenter la pression intra-oculaire dans le segment postérieur de l'œil, et de refouler en avant le cristallin et l'iris.

3° D'amener l'opalinité de l'humeur aqueuse par le mélange du liquide de la sérosité floconneuse sécrétée par l'iris enflammé.

Quant au liquide sécrété par la choroïde, emprisonné entre cette membrane et la sclérotique, il amènera des désordres d'autant plus grands qu'il sera sécrété plus rapidement et en plus grande abondance; il viendra porter la pression intra-oculaire à un degré redoutable pour l'intégrité de la rétine, à moins que l'iridectomie, portée jusqu'au bord ciliaire, ne vienne permettre aux matières sécrétées de se mêler à l'humeur aqueuse; à moins que l'opération d'Hancock ne lui livre passage à l'extérieur.

Avant de vous proposer cette théorie trop hypothétique, j'ai voulu faire quelques expériences sur l'animal vivant. Elles ont été de deux sortes : m'assurer que l'augmentation de pression n'amenait pas la dépression de la papille, et que cette dépression était amenée par l'injection de liquide entre la choroïde et la sclérotique.

Les premières étaient plus faciles; il me suffisait d'exercer une compression notable sur un œil soumis à l'examen ophthalmoscopique, ou d'injecter dans le corps vitré d'un animal vivant avec une seringue de Pravaz quelques gouttes de liquide. J'ai produit, en comprimant l'œil, les battements artériels, mais non la dépression de la papille; j'ajoute, avec plus de réserve, que je ne l'ai pas obtenue non plus par l'injection de liquide dans l'œil de chiens ou de lapins.

Si je dois être très-réservé en vous mentionnant les résultats négatifs d'expériences trop limitées en nombre pour avoir quelque valeur, je dois l'être encore bien plus en mentionnant les secondes. Outre qu'il est très-difficile sur l'animal vivant de perforer obliquement la sclérotique, de faire une injection sans blesser la choroïde

ou sans laisser échapper le liquide injecté, dans le seul cas où j'avais la certitude d'avoir réussi, puisque je m'étais servi de liquide coloré, je n'ai pu, à l'ophthalmoscope, avoir une donnée certaine sur l'état de la papille et des vaisseaux.

C'est donc surtout dans le résultat des opérations pratiquées dans les cas de glaucome que je puise des arguments à l'appui de l'explication que je propose.

Il faut, pour que l'iridectomie réussisse, que l'excision du diaphragme irien aille jusqu'à la grande circonférence. On ne peut arriver à ce résultat qu'en enfonçant le couteau par la sclérotique à 1 millimètre au moins en arrière de la cornée ; on atteint alors le muscle ciliaire, et on ouvre la loge sclérotico-choroïdienne.

L'opération d'Hancock arrive mieux encore à ce résultat, puisque le chirurgien enfonce son couteau dans la sclérotique vers les limites de la cornée et le pousse en arrière, non vers le centre de l'œil, mais presque parallèlement à la fibreuse oculaire.

Le professeur Heiberg (de Christiania) a modifié l'opération d'Hancock d'une manière que j'ai tout lieu de croire heureuse. Il enfonce un très-petit ténotome analogue à l'ancienne aiguille à cataracte de von Græfe, sur les limites profondes de la cornée, le pousse en arrière à 3 ou 4 millimètres et le retire en pressant le tranchant concave sur la face interne de la sclérotique.

Quoi qu'il en soit des idées théoriques que j'ai cru pouvoir émettre, les faits dont j'ai parlé tout à l'heure, son innocuité plus grande, ses effets aussi satisfaisants, tendent à me faire préférer l'opération d'Hancock à l'iridectomie de Græfe. Je n'en regarde pas moins comme un titre glorieux pour l'illustre ophthalmologiste, d'avoir imaginé et introduit dans la pratique une opération qui permet de conserver la vue à des malades qui étaient irrévocablement voués à la cécité.

Contenues dans de justes limites, ces opérations sont une conquête de la chirurgie moderne. Puisse la discussion qui vient d'avoir lieu en propager l'usage en France ; et je dirai volontiers en terminant : Parce qu'elle nous vient de Berlin, l'opération de l'iridectomie appliquée à la guérison du glaucome n'en est pas pour cela moins bonne. Laissons de côté ces préventions nationales indignes de nous ; sachons bien que nous n'avons pas le monopole du travail et de l'intelligence, et je regrette d'ajouter, de la bonne foi scientifique. Un des avantages, une des gloires de la science moderne, c'est de ne pas connaître les frontières politiques. Cherchons donc la vérité partout où elle se trouve, sachons écouter sa voix, quelle que soit la langue qu'elle parle ; sachons lui faire accueil, sans nous préoccuper si elle vient d'au delà du détroit, d'au delà du Rhin ou de l'Atlantique.

La Société de chirurgie a depuis sa fondation suivi ces préceptes; la discussion actuelle, les discussions que vous avez entendues dans les séances précédentes, en sont une nouvelle preuve. En prenant pour la première fois la parole dans vos discussions, je tiens à vous remercier, Messieurs, de m'avoir permis de prendre part à vos travaux.

RAPPORTS.

M. **FOUCHER** fait un rapport verbal sur une observation de M. le docteur Monteil, médecin en chef de l'hôpital de Mende. La Société décide que ce travail sera publié.

Extraction d'un corps étranger introduit dans la vessie.

La nommée Louise M..., âgée de vingt-neuf ans, fille-mère, de constitution bonne, de taille au-dessus de la moyenne, adonnée à la masturbation, s'introduit dans la vessie, le 8 juin dernier, la plus forte moitié d'un cornet à aiguilles, et éprouvant bientôt pour uriner des épreintes et des besoins incessants, elle entre deux jours après à l'hôpital. Le médecin chargé du service en mon absence fait des tentatives d'extraction qui restent infructueuses, et soumet la malade à l'usage des boissons délayantes et des bains généraux.

Le 10 juillet, à mon retour, je trouve cette fille à l'hôpital, souffrant de vives douleurs dans le bas-ventre et ne pouvant se tenir couchée au lit qu'en ayant les membres inférieurs fléchis sur le ventre, ou, levée, qu'accroupie sur le sol.

Assisté de MM. le docteur Magne, médecin des prisons, et Barbot, médecin de la garnison, je la place sur le lit d'opération, les cuisses relevées, le tronc fléchi en avant, et j'introduis dans la vessie une sonde de femme pour m'éclairer sur la nature, la forme, les dimensions et la situation du corps étranger. Je n'obtiens par cette exploration que des notions insuffisantes, et alors, pour les compléter, je fais, à l'exemple du docteur Passaquay, de Lons-le-Saulnier (Philipps, *Maladies des voies urinaires,* page 665), une application de spéculum dans le canal de l'urèthre. Je choisis le spéculum auris d'Itard. Il pénètre d'abord avec difficulté et douleur, mais, dès qu'il a franchi l'orifice externe, le sentant glisser plus facilement, je presse sur ses deux branches et je dilate progressivement les parois uréthrales.

Cette dilatation graduelle et comme cadencée, faite avec ménagement, ne cause pas trop de douleur et me permet d'introduire dans le méat la pulpe de l'index. Au moyen d'un mouvement de vrille en avant et de pressions latérales analogues au massage, j'insinue successivement la première phalange, puis la seconde, puis la troisième, de manière à pénétrer dans la vessie.

Je trouve un corps étranger, dur, rugueux, cylindrique, transversalement placé, immobile, solidement fixé, recouvert d'aspérités friables qui s'écrasent facilement sous l'ongle et que je m'efforce de détacher. Je fais dans la vessie une injection aqueuse afin de la dilater, de mobiliser le corps et d'en pratiquer plus facilement la version. Le liquide s'écoule lors de la réintroduction de l'index; néanmoins je réussis à placer la pulpe du doigt dans l'ouverture de l'étui, et l'ongle aidant, à le maintenir en face de l'orifice de la vessie. Je prends de la main gauche une pince à polype courbe, et la glissant le long de la face dorsale de l'index, je vais saisir la partie antérieure du cylindre de bois que celui-ci tient en arrêt; puis, retirant lentement le doigt, je le fais suivre immédiatement de l'extrémité du corps étranger solidement maintenu par la pince. Engagé dans le canal, l'étui éprouve des difficultés à sortir, soit à cause de son volume, soit à cause des aspérités qui le hérissent et dont je n'ai pu totalement le dépouiller. Dans la crainte que les mors de la pince ne glissent ou que le corps saisi ne se brise sous les efforts de traction, je dégage mon index du canal, et portant rapidement deux doigts de la main droite dans le fond du vagin, je presse sur l'extrémité postérieure du corps étranger, et par une impulsion soutenue en avant, facilite et accélère sa sortie.

Cette opération, dans laquelle je négligeais à tort l'emploi du chloroforme, s'exécute au milieu de tout le cortége des accidents d'une attaque d'hystérie et de mouvements convulsifs et d'expulsion qui se passent dans la vessie, le vagin et le rectum, et ces deux derniers organes chassent au dehors la muqueuse.

Le corps étranger que l'on vient d'extraire est une portion d'étui à aiguilles en buis, cylindrique, long de 8 centimètres, et qui a à ses deux extrémités 4 1/2 centimètres, et en son milieu, à cause des incrustations calcaires encore adhérentes, 6 1/2 centimètres de circonférence.

Après m'être assuré par une nouvelle application du spéculum qu'il n'existe dans le canal que des éraillures très-légères faites à la muqueuse par les incrustations calcaires, après avoir nettoyé la vessie par le lavage, je fais mettre la malade au bain et je prescris 30 centigram. d'opium à prendre dans les vingt-quatre heures, des injections mucilagineuses et narcotiques répétées dans la vessie, de la tisane de graine de lin durant trois jours.

Ces moyens ne tardent pas à rendre l'urine normale, la miction plus facile, les douleurs abdominales nulles, et au bout de dix jours la malade est en état de quitter l'hôpital et de vaquer à ses travaux.

La facilité que j'ai éprouvée à dilater le canal de l'urèthre, l'ab-

sence de tout accident consécutif grave à la suite de pareilles manœuvres, m'ont porté à me demander si je devais attribuer ce succès à cette circonstance particulière d'une distension habituelle et fréquente du canal par la malade dans un but lubrique, ou bien à l'élasticité spéciale des tissus qui entrent dans la structure du canal de l'urèthre chez la femme, et qui permettrait chez toutes l'introduction du doigt dans la vessie.

Aucun instrument ne donne des sensations aussi nettes et par suite des perceptions aussi claires. Remplacer donc par le doigt la plupart des moyens d'investigation que l'on met en usage pour le diagnostic des maladies de la vessie chez la femme, et pouvoir ainsi faire la distinction des productions morbides qui se développent dans cet organe et celle de tous les corps qui arrivent du dehors, me parut un problème dont la solution était séduisante à tenter.

Je trouvai d'ailleurs dans l'économie, pour m'y engager, à l'état physiologique et à l'état pathologique, des exemples de la tolérance des organes et de leur aptitude à subir, sous l'action de la main du médecin, de notables et inoffensives amplitudes. J'avais été témoin chez une primipare dont le vagin était très-rétréci, des bons effets du massage de ce canal, et j'avais, par ce moyen, terminé sans accident un accouchement dont je redoutais l'issue. Le sphincter anal contracturé spasmodiquement ou par suite de fissure, sous l'influence de l'introduction progressive d'un ou plusieurs doigts dans le rectum et de pressions latérales exercées à leur aide sur le pourtour de l'ouverture anale, ne cède-t-il pas et ne permet-il pas l'issue au dehors de matières volumineuses qui, avant cette simple opération, ne l'eussent point traversé ?

J'ai pratiqué des expériences sur trois cadavres de femmes qui présentaient des conditions anatomiques bien différentes.

Le premier était celui d'une fille âgée de seize ans, de taille moyenne, ayant toutes les marques de la virginité, et qui avait succombé au deuxième septénaire d'une fièvre typhoïde.

Le deuxième appartenait à une femme âgée de trente ans, multipare, de taille moyenne, morte d'une congestion cérébrale.

Le troisième était celui d'une vieille fille de cinquante ans, dont le col utérin, intact, sans cicatrices ni déchirures, n'accusait aucun accouchement, et qui avait été enlevée par une pneumonie.

J'ai employé sur les trois cadavres le procédé déjà décrit : introduction dans le canal d'une sonde de femme, puis du spéculum auris, avec lequel je dilatais et massais l'urèthre d'abord dans sa partie antérieure, surtout au niveau du sphincter externe où se trouve la plus forte résistance, puis en arrière et au niveau du col vésical. J'ai in-

troduit ensuite, avec le même mouvement de vrille et de pressions latérales, d'abord la pulpe du doigt ; puis successivement les trois phalanges. La résistance la plus notable, et qui dure tout le temps de l'examen, s'exerce constamment au niveau de l'orifice externe.

Les lésions anatomiques occasionnées par cette manœuvre se sont toujours bornées sur le vivant à de légères érosions sur la muqueuse, et sur le cadavre à des éraillures insignifiantes, plus marquées au méat que dans le trajet du canal.

J'ai pu extraire ainsi de tous ces cadavres, par le canal de l'urèthre, des corps étrangers variés analogues à ceux qu'y dirige une main lubrique, tels qu'aiguilles à cheveux, pailles, tiges de bois, porte-crayons, que j'avais placés dans la vessie en ouvrant cet organe par son sommet.

J'ignore les services que rendra le toucher avec le doigt des parois de la vessie pour le diagnostic des tumeurs pédiculées ou intra-pariétales de cet organe ; mais, bien que je n'aie point rencontré de circonstances pour l'employer, j'espère que ce moyen fournira dans l'occasion de précieux avantages.

En résumé, le fait clinique que je viens de rapporter et les expériences ultérieures auxquelles il a donné lieu me semblent autoriser à dire que chez la femme, surtout si elle a accouché, la dilatation progressive et immédiate du canal de l'urèthre peut être obtenue dans des proportions suffisantes pour permettre sans danger l'introduction dans la vessie du doigt qui sert ainsi à la recherche des corps étrangers qui y sont tombés, et au diagnostic des tumeurs développées dans son intérieur ou sur ses parois.

— M. LEFORT lit un rapport sur le travail communiqué par M. le docteur Meyer, dans la séance du 14 septembre, *sur l'iridectomie.*

La Société décide que le travail de M. Meyer sera renvoyé au comité de publication.

COMMUNICATION.

Anévrysmes. — Compression digitale.

M. VANZETTI, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Padoue, membre correspondant étranger de la Société, prend la parole :

Il y a déjà deux années que j'ai eu l'honneur de vous faire ma dernière communication (séance du 29 octobre 1862) sur les anévrysmes, que j'avais traités par la compression digitale. Je viens vous demander aujourd'hui la permission de continuer, en vous présentant les observations des cas que j'ai eu à traiter depuis cette époque. Ces observations sont au nombre de sept et se sont succédé dans l'ordre suivant :

Obs. Ire. — 24 janvier 1863. Dame de Venise, âgée de vingt-huit ans, de constitution très-délicate, ayant un anévrysme artérioso-veineux, gros comme le bout du petit doigt, survenu à la suite d'une saignée faite quarante-cinq jours auparavant sur le bras droit. Compression digitale faite d'une manière spéciale; guérison en six heures.

Obs. II. — 29 janvier 1863. Femme âgée de soixante-trois ans; anévrysme artériel du pli du bras droit, à la suite d'une saignée faite il y a dix jours. Bras très-enflé avec taches ecchymotiques, fort douloureux, rigide. A cause de l'enflure et de l'induration des tissus, la compression de l'artère humérale ne put se faire que tout près de l'aisselle. Guérison en huit heures.

Obs III. — 5 février 1864. Homme âgé de quarante-deux ans, brun, de constitution sèche. Anévrysme remplissant le triangle supérieur du creux poplité gauche. La maladie a débuté subitement il y a vingt-trois jours par une douleur très-aiguë, ressentie par le malade comme un coup de fouet, pendant qu'il chargeait un chariot de foin. Guérison au bout de treize jours, après cent vingt heures de compression digitale de la fémorale. Les pulsations avaient cessé le douzième jour, mais elles reparurent le lendemain, pour disparaître sans retour après une nouvelle compression de huit heures.

Obs. IV. — 6 mai 1864. Domestique âgé de cinquante-quatre ans. Anévrysme artérioso-veineux datant de cinq mois et demi, après une saignée du bras gauche. Cessation du frémissement vibratoire après cinq heures de compression particulière; solidification complète de la tumeur une heure plus tard.

Obs. V. — 13 juillet 1864. Propriétaire de la province de Vicence, âgé de quarante-quatre ans. Anévrysme traumatique du bras droit, suite d'une saignée faite il a quatorze jours. Guérison le cinquième jour de compression digitale exercée par des paysans intelligents et renseignés sur cette manœuvre par M. Chiesa, un de mes élèves distingués, qui m'a communiqué cette observation. Consulté par ce malade, il s'était rendu près de lui, mais n'avait pu y rester que quelques heures.

Obs. VI. — 14 juillet 1864. Homme âgé de quarante ans, forgeron, atteint d'un anévrysme traumatique très-grave de l'artère axillaire gauche, par suite d'une blessure causée par la pointe effilée d'une lime que ce malade portait dans la poche de sa veste. La tumeur remplissait tout le creux axillaire et en soulevait la paroi antérieure. Le bras était très-enflé, immobile, insensible, couvert de vastes ecchymoses, et le malade y ressentait des douleurs atroces qui lui enlevaient tout repos.

On procède de suite, à son arrivée dans la clinique, à la compression digitale de l'artère sous-clavière, et dès le premier jour le malade en ressent un grand soulagement. L'enflure du bras diminue considérablement, les douleurs s'apaisent. Pendant treize jours, on continue journellement la compression, mais en la suspendant toutes les huit ou dix minutes, car elle ne pouvait être supportée plus longtemps; mais au bout de ce temps, l'artère ayant été comprimée pendant quatre-vingt-quinze heures, l'*anévrysme ne montra aucune tendance à se solidifier*, les douleurs avaient reparu ainsi que l'enflure, qui, devenue œdémateuse, rendait le cas très-menaçant.

Jugeant inutile et même dangereux d'insister davantage sur la compression, j'exécutai, le 27 juillet, la ligature de l'artère sous-clavière, à son issue des scalènes, tout en doutant d'obtenir la solidification de l'anévrysme par ce moyen.

L'opération eut lieu sans accidents, la ligature tomba le douzième jour, l'enflure diminua progressivement, *mais l'anévrysme resta tout à fait fluctuant.*

Le 31 août, jour où je vis le malade pour la dernière fois, à cause de la clôture des cliniques, la fluctuation était encore très-manifeste. Heureusement la tumeur avait diminué d'un tiers à peu près, la sensibilité et quelques mouvements des doigts étaient revenus. On peut espérer que l'absorption des caillots cruoriques, qui remplissent le sac, pourra se compléter avec le temps; mais il y a toujours à craindre que la tumeur ne s'enflamme, qu'elle s'abcède, et par suite donne lieu à une hémorrhagie peut-être mortelle.

Cette observation prouve une fois de plus ce que j'eus l'honneur de vous dire il y a deux ans, à l'occasion de ma dernière communication, savoir : que l'on doit toujours craindre qu'un anévrysme reste fluctuant après la ligature, lorsque sa solidification n'a pas eu lieu par la compression digitale faite convenablement et pendant un temps suffisant.

Obs. VII. — 17 août 1864. Un bottier âgé de quarante-deux ans, adressé de la ville de Trieste par M. Bemporatti, jadis mon élève, pour être soigné d'un anévrysme spontané de l'artère poplitée droite. La tumeur, qui date de cinq mois, ne présente pas de complications notables; elle remplit le triangle poplité supérieur. Ce malade fut guéri en vingt-quatre heures par les convalescents de la clinique, qui faisaient à tour de rôle la compression digitale de la fémorale.

Commencée dès l'entrée du malade, le mercredi à une heure, on continua jusqu'à sept heures du soir la compression. Le lendemain, on la fit pendant douze heures, puis le vendredi, depuis six heures du matin jusqu'à midi. La compression fut alors suspendue, la tumeur

était déjà complétement solidifiée. L'illustre professeur Pirogoff (de Saint-Pétersbourg), alors en visite chez moi, eut occasion de voir ce malade et de constater sa guérison parfaite.

Dans toutes ces observations, la compression a été entreprise d'emblée, sans préparation préalable des malades ni administration d'aucun médicament interne, et sans l'application d'aucun topique sur la tumeur. On l'exécuta *complète* ou *totale*, sans prendre soin de commencer par la faire *incomplète* ou préparatoire, pour la rendre ensuite complète ou définitive.

La compression a toujours été suspendue pendant la nuit, afin de ne pas altérer la santé des malades par manque de repos. D'ailleurs, en la suspendant ainsi, le point qui a été comprimé par les doigts a le temps de reprendre son état normal, et la rougeur résultant de la pression de la journée s'efface pendant le repos de la nuit. Le lendemain, ce point supporte alors plus facilement une nouvelle compression.

On a cherché à rendre la compression pendant la journée aussi *continue* qu'elle peut l'être. Mais la compression digitale ne peut jamais être continue d'une manière absolue, soit à cause des intermittences involontaires et inévitables qui ont lieu au moment de l'échange des doigts qui compriment, soit parce que, se trouvant fatigués, ceux-ci perdent une partie de leur sensibilité tactile.

Des sept observations précédentes, je crois que les plus remarquables et les plus intéressantes sont certainement celles des deux anévrysmes artérioso-veineux dont j'ai pu obtenir la guérison avec une rapidité et une facilité qui m'ont beaucoup étonné. Tous les chirurgiens savent combien il est difficile de guérir ces anévrysmes; aussi je m'empresse de soumettre à l'appréciation de la Société la méthode spéciale de compression avec laquelle je suis parvenu à guérir ces deux malades.

Voici comment j'ai été conduit à modifier, dans ces cas particuliers, la compression digitale ordinaire :

Lorsque (le 24 janvier 1863, obs. Ire) la jeune dame de Venise vint me consulter pour l'anévrysme artérioso-veineux qu'elle portait au pli du bras droit depuis quarante-cinq jours, j'avais si peu l'espoir de la guérir, que voyant la tumeur petite, n'ayant pas de tendance à s'accroître, et ne gênant la malade que par les vibrations qu'elle y ressentait, je fus sur le point de conseiller simplement un bandage élastique. Mais en cherchant naturellement à constater avec toute la précision possible les caractères propres à confirmer mon diagnostic, entre autres manœuvres, j'appuyai avec le bout du doigt très-légèrement sur la veine basilique, juste au point où existait la cica-

trice de la saignée et une petite dilatation en ampoule de ce vaisseau.

Je remarquai alors que cette pression suspendait le frémissement vibratoire *continu rémittent;* qu'ainsi elle interceptait complétement la communication entre la veine et le sac anévrysmal sans le comprimer, car les pulsations *intermittentes* de ce dernier n'étaient que mieux perçues par ce doigt compresseur.

Je conclus de là qu'il était maintenant en mon pouvoir de changer instantanément et à volonté cet anévrysme compliqué en un anévrysme simple, non variqueux, par conséquent susceptible de guérir facilement.

Pour obtenir la guérison de cet anévrysme artérioso-veineux, je devais donc faire d'une main la compression digitale ordinaire de l'humérale, et en même temps, avec un doigt de l'autre main, comprimer légèrement la veine pour intercepter toute communication entre elle et le sac anévrysmal. En bouchant l'ouverture de communication entre la veine et la tumeur, je ne devais pas comprimer celle-ci, afin d'y permettre le dépôt des caillots cruoriques nécessaires à sa solidification.

Ce plan de traitement ainsi conçu, je le mis de suite à exécution avec mon aide de clinique. Nous commençâmes la compression double à six heures du soir. L'un comprimait l'artère pendant que l'autre comprimait du doigt la veine, mais seulement pour en faire cesser le frémissement.

A neuf heures, la malade se sentant fatiguée, se mit au lit, interrompant par là la compression pendant un quart d'heure à peu près. A onze heures, le frémissement avait déjà cessé, et à minuit la tumeur était complétement solidifiée. Je n'appliquai aucun bandage, faisant simplement maintenir le bras ployé et suspendu au cou pendant quelques jours. La guérison s'est parfaitement maintenue, sans qu'il reste actuellement aucune trace de la tumeur.

La promptitude et la facilité avec lesquelles j'obtins cette guérison m'étonna, quoique je me fusse rendu compte du mécanisme par lequel elle s'était opérée. Mais elle contrastait tellement avec les difficultés généralement admises de la guérison des anévrysmes variqueux, que je me demandai si un concours fortuit de circonstances favorables ne m'avait point aidé, et si la compression directe de la veine pouvait y avoir pris part.

Je désirais donc beaucoup avoir une nouvelle occasion d'expérimenter cette méthode, lorsqu'une année et demie après la première cure, le domestique cité plus haut, porteur d'un anévrysme artérioso-veineux datant de cinq mois et demi (obs. IV), vint réclamer mes soins. Cet homme, saigné au commencement de l'hiver de 1863,

ne s'aperçut de l'existence de la tumeur au pli du bras gauche qu'au printemps de cette année (1864), lorsqu'il supprima son gilet de flanelle. Il déclara qu'au niveau de l'anévrysme il éprouvait une sensation continuelle assez semblable à celle qu'on perçoit quand on *monte une montre*. La tumeur était grosse comme une forte noisette, faisant une saillie très-marquée et bien circonscrite ; elle présentait très-manifestement tous les caractères propres aux anévrysmes artério-veineux.

L'homme, reçu à la clinique vers midi, fut soumis aussitôt à la double compression, exécutée par les élèves. Il fut pour cela assis sur une chaise, le bras malade en abduction et appuyé sur le dos d'une autre chaise. Le même élève comprimait avec le pouce de la main gauche l'artère humérale, embrassant avec les autres doigts tout le bras, et de la main droite entourant le coude, il appuyait avec le pouce sur la veine basilique, qui rampait sur le côté interne de la tumeur. C'est en agissant ainsi que l'on obtint en moins de six heures la solidification de cet anévrysme. Les frémissements vibratoires avaient disparu près d'une heure auparavant.

Ces deux guérisons, obtenues par la méthode de compression que je viens de décrire, me font espérer qu'elle réussira encore dans de nouveaux cas. Alors elle pourra être admise comme méthode normale dans le traitement d'une affection dont le pronostic cessera d'être aussi grave qu'il l'a été jusqu'à présent.

La Société a écouté cette communication avec le plus vif intérêt.

M. FOUCHER demande à M. Vanzetti si, dans les cas d'anévrysme poplité qu'il a traités, il a observé des phénomènes de paralysie du pied. Chez le malade que M. Foucher traite en ce moment et dont il a parlé dernièrement, il y a eu depuis la compression une anesthésie limitée de la jambe et une paralysie absolue des muscles moteurs du pied. Depuis un mois, tout mouvement dans ce sens est impossible.

M. VANZETTI n'a jamais remarqué de paralysie après le traitement des anévrysmes poplités ; mais chez celui de ses malades atteint d'anévrysme axillaire traumatique, le bras fut paralysé aussitôt après l'accident. Aujourd'hui, le mouvement et la sensibilité commencent à se rétablir.

M. VELPEAU fait remarquer que le malade de M. Foucher se présentait dans des circonstances très-spéciales. M. Velpeau, qui eut occasion de voir le malade au début, constata qu'il avait très-probablement des tubercules, qu'il avait eu des accidents syphilitiques, enfin que les signes de l'anévrysme étaient mal caractérisés et se rapprochaient de ceux qui appartiennent au phlegmon. Très-probablement il a dû y avoir là des désordres considérables, un vaste

épanchement sanguin, et on ne saurait conclure de ce fait très-particulier à la généralité des cas.

M. Vanzetti pense que M. Foucher a obtenu un succès d'autant plus heureux qu'il s'agissait d'un anévrysme diffus, variété très-rebelle, comme on sait, au traitement par la compression. D'ailleurs, on ignore toujours comment un anévrysme se comportera en présence de la compression. Quelques malades guérissent en six ou huit heures; pour d'autres il faut dix ou douze jours; chez quelques-uns on échoue complétement. Il serait bien désirable qu'on arrivât à constater les signes qui peuvent éclairer ce côté si important du pronostic. Malheureusement c'est encore un point à trouver. Tout ce qu'on pourrait dire, et encore ne serait-ce qu'une présomption, c'est que les anévrysmes déjà un peu anciens et contenant des caillots stratifiés, semblent mieux que d'autres préparés à la guérison par la compression.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. Trélat.

Séance du 5 octobre 1864.

Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Journal de médecine de Bordeaux*. — Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*. — Les *Archives générales de médecine*.

— **Tumeurs lymphatiques.** — **M. Trélat** communique une lettre de M. Petit, ancien médecin en chef de la marine à l'île de la Réunion, actuellement directeur du service de santé de la Loire-Inférieure. La Société décide que cette lettre sera publiée.

« Monsieur et honoré confrère,

» J'espère vous être agréable en vous communiquant dès à présent les notes que j'ai prises dans le temps sur l'affection du jeune F.... Elles contiennent des détails approchant tellement de ceux que vous avez donnés sur votre malade, que l'on pourrait croire que les deux faits sont le même sous des noms différents. Dans les deux cas, les tumeurs ont été prises pour des hernies, et les malades ont été sou-

mis à l'usage d'un bandage. Cette erreur do diagnostic, commise par des chirurgiens d'un grand mérite, prouve que la maladie est encore fort peu connue et qu'elle devrait être l'objet d'une monographio.

» Voici mon observation. »

Le 10 février 1858, dans la soirée, le jeune F..., élève interne au lycée do Saint-Denis, se présente à l'infirmerie accusant de vives douleurs dans les deux cuisses. Le proviseur, averti, fait coucher le malade et m'envoie chercher.

F..., âgé de quatorze ans environ, est né à la Réunion, d'une créole et d'un Européen. Sa constitution est délicate, très-nerveuse et lymphatique. Il est habituellement d'une pâleur mate.

J'apprends que l'accident est survenu pendant les exercices de la récréation du soir. En découvrant le malade, jo trouve dans l'une et l'autre aine une tumeur bien manifeste, sans changement de couleur à la peau, se prolongeant dans le canal inguinal et ayant toutes les apparences d'une hernie. Le toucher cause une vive douleur; cette sensation de douleur s'étend à la cuisse sur le trajet de la saphène, et je remarque que sur le trajet, particulièrement à droite, la peau est rosée et légèrement œdématiée comme dans l'angioleucite. Il existe aussi un peu d'œdème au niveau des malléoles. — Je ne constate, du reste, aucun symptôme d'engouement ou d'étranglement herniaire. Le malade a ressenti des frissons; maintenant sa peau est chaude, son pouls est plein et donne 90 pulsations.

En interrogeant F..., j'obtiens les renseignements suivants : depuis une époque qu'il ne peut préciser, mais qui remonte à plus d'une année, il s'est aperçu souvent le soir, en se déshabillant, que ses aines étaient tuméfiées, particulièrement lorsqu'il avait fait une longue promenade ou de la gymnastique. Comme il n'a éprouvé que peu de gêne de ces tumeurs et que le repos de la nuit a toujours suffi pour qu'elles disparussent presque entièrement, il ne s'en est pas encore plaint à moi. D'ailleurs on a dit à sa mère qu'il n'y avait là qu'un engorgement des glandes, simple effet de croissance.

Je remis à plus tard l'examen complet des parties; je devais d'abord traiter l'angioleucite, cause évidente et la seule des vives douleurs accusées par le patient. Cependant je pus immédiatement affirmer au proviseur, présent à ma visite, que nous n'avions pas affaire à des hernies, ainsi qu'il m'avait paru le craindre. — J'ordonnai la diète, une limonade de tamarin, un bain frais à la température de la chambre, et pour topique, des compresses trempées dans l'eau végéto-minérale.

Le jour suivant, je trouvai mon malade beaucoup mieux : les douleurs s'étaient calmées; il avait dormi et demandait même à se lever.

— Les tumeurs des aines n'avaient pas beaucoup diminué; — en les comprimant, elles me donnaient aux doigts une sensation particulière d'élasticité et s'affaissaient lentement en paraissant rentrer dans le ventre. Cependant la station debout ni les succussions de la toux n'avaient aucun effet sur le retour de leur saillie, qui s'opérait évidemment de bas en haut comme dans les tumeurs veineuses, qu'on a vidées par compression. J'eus beau chercher, je ne trouvai dans les aines aucun ganglion lymphatique engorgé, ni même aucune trace de ganglion.

En rapprochant ces particularités de celles que j'avais notées précédemment dans un cas beaucoup plus grave et où la nature de la maladie était bien manifeste, je ne balançai pas à formuler ce diagnostic : tumeurs de l'aine formées par des vaisseaux lymphatiques considérablement dilatés et se prolongeant dans l'abdomen au-dessus et au-dessous du ligament de Fallope.

Le même jour, la mère vint chercher son fils pour continuer à le soigner chez elle, et huit jours après, il rentrait au lycée portant un bandage herniaire double. Le médecin de la famille, ancien chirurgien militaire, avait cru constater une double hernie inguinale.

Le résultat de ce traitement n'a pas tardé à me donner raison. F..., après avoir, par docilité, souffert son bandage pendant vingt-quatre heures, est rentré à l'infirmerie. Je trouve les tumeurs doublées de volume et remplissant le triangle de Scarpa ; l'œdème ne se borne plus aux malléoles, il s'étend à tout le membre, qui est engourdi et douloureux, autant à gauche qu'à droite. Le repos au lit pendant plusieurs jours et des bains frais rétablirent les choses à peu près dans leur premier état. F... mit de lui-même son bandage de côté, et je n'en entendis plus parler jusqu'aux vacances.

Le 25 août, je fus prié par Mme F... de me rendre en consultation près de son fils avec le docteur O..., son médecin, et le docteur C..., l'un des médecins de l'hospice civil. Le premier tenait toujours pour la hernie et pour son bandage ; de son côté, le jeune homme se montrait rétif. Nous devions à trois trancher la question. Je réussis sans peine à faire partager mon opinion par le docteur C.... Lui aussi avait déjà vu dans la colonie un cas approchant de celui-ci. Il m'invita à en prendre connaissance en allant visiter son client. (C'est le troisième cas dont je vous dirai quelques mots.) En définitive, nous convînmes de faire continuer au malade un régime fortifiant et l'usage du vin de quinquina. Il profiterait de ses vacances pour prendre des bains de mer, et sa mère lui ferait venir de France un caleçon élastique. Cependant, j'ai appris plus tard que le bandage herniaire avait été de nouveau essayé, mais qu'enfin on y avait renoncé définitive-

ment. Le jeune F... ayant cessé d'être interne au lycée, je n'ai plus eu à m'en occuper. Je ne doute pas qu'il n'ait conservé jusqu'à présent son infirmité.

Le premier malade sur lequel j'ai vu des tumeurs lymphatiques était un mulâtre d'une trentaine d'années, qui fut apporté de la campagne à ma consultation de l'hôpital, vers la fin de 1855. — Ce malheureux était lépreux depuis son âge adulte ; à la suite d'angloleucites répétées, ses jambes avaient pris un développement si considérable qu'il était condamné à passer sa vie assis par terre ou couché.

Les cuisses n'étaient pas encore envahies par l'éléphantiasis ; mais il existait à l'une et à l'autre, dans toute la hauteur de la région interne, un paquet saillant de vaisseaux lymphatiques aboutissant à une tumeur de l'aine tellement proéminente que j'ai pu, à l'aide d'une bougie et après avoir fait la nuit dans mon cabinet, en constater la demi-transparence, comme s'il se fût agi d'une hydrocèle un peu ancienne de la tunique vaginale. Ces tumeurs étaient bosselées, élastiques au toucher et paraissaient se vider dans le ventre sous la pression de la main.

Le troisième cas de tumeurs lymphatiques de l'aine que j'ai à vous citer est celui que le docteur C... m'a fait connaître :

Le malade, issu de parents créoles et de race blanche, était âgé d'une vingtaine d'années. Les tumeurs qu'il portait dans les aines offraient les caractères particuliers que j'avais déjà constatés chez le jeune F... ; mais, de plus, il y avait chez lui complication d'une hydrocèle double, et le scrotum présentait déjà une ampleur et une épaisseur de la peau très-caractéristiques. Cependant les parents paraissaient fort peu s'inquiéter de cet état ; ils devaient, disaient-ils, envoyer bientôt le jeune homme en France, où il serait opéré de ses hydrocèles avec plus de sécurité que dans la colonie, et le changement de climat ferait le reste pour sa guérison.

En terminant, je remarque :

1° Que ces cas de tumeurs lymphatiques, en y joignant celui que vous avez fait connaître, ont tous été observés chez des créoles du sexe masculin. Cependant j'ai vu de véritables varices lymphatiques à la jambe chez une dame originaire d'Angoulême, habitant la Réunion depuis de longues années, et qui était affectée d'éléphantiasis des deux membres inférieurs. Cette dame, à la suite d'une légère blessure à la jambe, a éprouvé une véritable lymphorrhagie, avec projection du jet. Je cite ce fait dans l'une des observations que j'ai déposées à la Société de chirurgie, et que vous avez entre les mains.

2° Que dans tous, la maladie existe en même temps dans l'aine

droite et dans l'aine gauche, sans prédominance marquée vers l'un des côtés.

3° Que la maladie est loin d'être toujours aussi simple que dans le cas que vous avez observé, et qui a pour pendant celui de F... — Je crois même qu'elle fait partie de la disposition qui amène, avec le temps et par l'action continue du climat subtropical, l'hypertrophie éléphantiasique des membres.

4° Que l'engorgement ou l'hypertrophie des ganglions de l'aine ne concourt en rien à ces tumeurs lymphatiques, qui ne sont constituées que par des vaisseaux énormément dilatés.

Bien plus, je n'ai pu trouver au milieu de ces vaisseaux la moindre saillie accusant la présence des ganglions lymphatiques normaux. Manquaient-ils absolument comme chez le sujet dont vous avez fait l'autopsie?

Cette absence des ganglions, qui au niveau de l'aine viennent sans doute en aide aux valvules en interrompant la colonne liquide, serait-elle une cause de la dilatation des vaisseaux et de la formation des tumeurs? J'incline pour l'affirmative, en soumettant toutefois mon opinion à votre jugement.

— **M. TRÉLAT** dépose sur le bureau quelques exemplaires d'un travail intitulé : *Étude critique sur la reconstruction de l'Hôtel-Dieu*.

M. Trélat exprime le vœu que les questions d'hygiène hospitalière, si intéressantes au point de vue de la chirurgie, soient l'objet d'une discussion au sein de la Société. Une pareille discussion serait d'autant plus opportune que la reconstruction de l'Hôtel-Dieu est très-prochaine, et que les chirurgiens des hôpitaux ne pourraient émettre que des opinions très-compétentes en présence de ce fait considérable.

La Société prend en considération cette proposition et décide, après quelques observations relatives à la fixation de l'époque, que la discussion sur l'*hygiène hospitalière* est mise à l'ordre du jour pour la prochaine séance.

DISCUSSION.

Iridectomie.

M. FOLLIN. J'ai redemandé la parole pour répondre à des opinions que M. Lefort a émises dans la dernière séance, opinions que je ne puis partager, et aussi pour résumer ce qui résulte de cette longue discussion.

La plupart des orateurs ont montré que l'iridectomie est une véritable conquête au point de vue du glaucome aigu; nos collègues ont

cité des faits nombreux observés soit dans les hôpitaux de Paris, soit à l'étranger. Ces faits sont favorables à l'iridectomie.

M. Lefort, s'appuyant sur une statistique de M. Bader, incline à penser que les résultats de l'iridectomie sont mauvais ; mais on peut interpréter autrement cette statistique, et, en examinant de plus près les faits, on voit qu'il y a eu presque toujours guérison, amélioration ou arrêt de la maladie.

Pour le glaucome chronique, je ne vois pas que les résultats soient différents de ce que j'ai dit, de ce qu'ont dit après moi MM. Giraldès, Foucher et Perrin. On trouve par exemple dans la statistique de M. Bader que sur 21 malades atteints de glaucome, qui dataient d'un à six mois, 13 obtinrent une amélioration plus ou moins marquée, mais incontestable. Au reste, quand on s'occupe du glaucome chronique, il faut se placer au point de vue du pronostic et ne pas oublier que le malade est fatalement condamné à une perte absolue de la vision ; il n'a donc rien à perdre et quelque espoir d'amélioration par l'iridectomie.

Les conclusions de M. Lefort ne sont donc pas très-différentes des miennes; seulement, notre collègue pense que l'opération d'Hancock peut donner d'aussi bons résultats que l'iridectomie.

Mais il est bon de remarquer que très-souvent cette opération a été pratiquée sans diagnostic précis. On a opéré pour des iritis, des scléro-choroïdites. Tout récemment, je constatai encore ce fait en relevant les observations d'Hancock. Les observateurs français n'ont pas eu plus de précision. Vous avez entendu ici les faits que nous a communiqués M. Serre (d'Alais); et dernièrement, M. Richet parlait d'une amaurose congestive dont le diagnostic était loin d'être établi.

On a parlé des dangers de l'iridectomie. Il y a dans la statistique de M. Bader des faits qui sont vraiment bien difficiles à croire. Ainsi, dans un cas l'œil avait été vidé de son corps vitré et de son cristallin. Il faut mettre de pareils accidents sur le compte de l'opérateur et non sur celui de la méthode.

Au reste, quelques-uns de ces accidents sont réparables. On s'est beaucoup effrayé, un peu à tort, de l'hémorrhagie. Depuis quelques jours j'ai fait trois iridectomies; dans deux cas, je n'ai pas eu d'hémorrhagie; la troisième fois, il y en eut une très-petite, et je pus facilement évacuer le sang par la plaie de la cornée.

La piqûre du cristallin ou de sa capsule ne serait pas non plus irréparable; et d'ailleurs, M. Foucher a indiqué les moyens de l'éviter.

On a parlé encoro de l'influence que l'opération peut avoir sur l'autre œil : le fait est vrai ; il avait déjà été signalé par Græfe ; c'est que dans ces cas l'œil non opéré était déjà malade, ainsi que cela

s'observe pour la cataracte, et que la maladie paraît subir une nouvelle poussée.

Ce qu'il faut redouter par-dessus tout, ce sont les inflammations consécutives; mais ce danger est rare, et l'opération d'Hancock est loin d'en être à l'abri.

M. Lefort est porté à adopter de préférence l'opération d'Hancock, en raison de la théorie du glaucome qu'il nous a exposée, et d'après laquelle il y aurait une accumulation de liquide entre la choroïde et la sclérotique. Cette théorie ne s'appuie sur aucune preuve. En l'absence de glaucomes aigus, on a des autopsies de glaucomes chroniques, et jamais on n'a trouvé dans cet espace d'exsudats liquides ni solides.

Les preuves physiologiques invoquées ne me semblent pas plus convaincantes. On sait que la dépression de la papille ne se produit dans le glaucome qu'au bout d'un certain temps, quinze jours ou trois semaines. Ce n'est pas une action subite; aussi ne suis-je pas étonné que les injections dans le corps vitré pratiquées par M. Lefort n'aient pas déterminé cette dépression. Quand même on produirait, par une injection entre la sclérotique et la choroïde, une sorte de dépression au niveau de la papille, celle-ci serait bien différente de celle du glaucome et semblable à ce qu'on voit dans l'œdème aigu de la rétine, où cette membrane est soulevée tout autour de la papille, qui n'est pas enfoncée par rapport à la sclérotique.

Mais il y a encore un autre ordre de preuves qui me paraissent bien concluantes. On sait qu'à l'état naturel la rétine et le cristallin constituent des foyers conjugués dont l'image réelle se forme en avant de l'œil en un point tel que l'observateur la masque. Mais si la rétine change de place par rapport au cristallin, les foyers cessent d'être conjugués, et l'image de la rétine devient visible au fond de l'œil sans le secours d'aucun appareil optique. C'est ce que l'on pouvait parfaitement constater chez la petite malade que nous présentait dernièrement M. Marjolin. Si la théorie de M. Lefort était vraie, on devrait voir à l'œil nu, la rétine au fond du globe oculaire. Or, chacun sait qu'il n'en est rien.

Pour tous ces motifs, la théorie de M. Lefort ne me paraît pas acceptable, et je crois pouvoir conclure en résumant la discussion :

1° Que l'iridectomie, dans le glaucome aigu, est généralement acceptée et constitue une merveilleuse ressource de la chirurgie;

2° Que dans le glaucome chronique, elle produit une amélioration ou un état stationnaire;

3° Qu'elle peut être utile encore dans la dégénérescence glaucomateuse douloureuse.

M. GIRALDÈS. Il y a dans l'argumentation de M. Lefort plusieurs points que je ne saurais admettre.

Et d'abord, je suis surpris de voir notre collègue reconnaître les bienfaits de l'iridectomie, puis dire qu'il est prématuré de se prononcer entre cette opération et celle d'Hancock; puis enfin se décider en faveur de cette dernière.

Cette préférence vient de ce que M. Lefort redoute les accidents de l'iridectomie; il s'appuie sur un ancien document de M. Bader, recueilli à l'époque où l'iridectomie en était à ses débuts, où les indications étaient mal établies et le manuel opératoire incertain.

Or, depuis cette époque on a fait énormément plus d'iridectomies, et si les dangers étaient aussi grands que le dit M. Lefort, les accidents se seraient produits en raison du nombre des faits. M. Lefort aurait pu consulter une statistique de M. Magawly (de Saint-Pétersbourg) où il n'est nullement question de ces accidents si nombreux sur deux cents cas qui ont été relevés.

On l'a dit avant moi, il y a dans l'iridectomie des accidents prévus, mais des hémorrhagies de 15 grammes sont bien rares; ce sont des faits exceptionnels.

En effet, le cas signalé par M. Bader a été observé chez un individu qui eut une hémorrhagie choroïdienne dont la nature et la source furent reconnues à l'autopsie.

M. Lefort a relevé les résultats de l'opération d'Hancock, et il trouve qu'on l'a pratiquée trente et une fois jusqu'en 1860. Il aurait pu relever les quinze cas de 1861, d'autres en 1862, enfin 118 opérations exécutées de 1863 à 1864. Ces faits sont publiés dans le rapport du gouverneur de l'hôpital de Westminster. On voit que l'opération a été pratiquée pour les affections les plus diverses; M. Hancock dit lui-même qu'il l'emploie contre la kératite, le sphacèle cornéal, le staphylome, la conicité de la cornée, le glaucome aigu et chronique, quelques variétés d'amauroses et la myopie. Dans un autre passage, M. Hancock dit qu'il a opéré pour des glaucomes aigus, subaigus, et des glaucomes sans qu'on puisse apprécier exactement ce que veut dire cette dernière expression. On voit donc qu'il est impossible de prendre tous ces faits si différents entre eux pour les comparer à l'iridectomie.

Il faut croire, au reste, que l'opération n'est pas complétement efficace, puisque dans l'année 1863-1864 on dut faire dix-huit fois l'iridectomie chez des malades qui avaient subi précédemment la myotomie intra-oculaire.

D'ailleurs cette opération n'est pas exempte d'accidents; je puis assurer de source certaine qu'on en a observé un certain nombre à

l'hôpital de Morfield, chez des malades opérés précédemment à l'hôpital do Westminster.

Je répéterai encore ce que j'ai déjà dit dans le cours de la discussion : l'opération d'Hancock n'a pas été acceptée en Angleterre ni ailleurs; elle a été abandonnée après une courte apparition à l'hôpital de Guy.

M. Follin a montré que la théorie de M. Lefort sur le glaucome n'est pas possible anatomiquement. On peut s'en convaincre sur les chevaux de l'Ecole d'Alfort, chez lesquels le glaucome n'est pas rare.

En résumé, je pense que M. Lefort n'était nullement autorisé, d'après les documents qu'il a cités, à établir que l'opération d'Hancock mérite la préférence sur l'iridectomie dans le glaucome.

M. FOUCHER. Il résulte pour moi de ce débat que M. Lefort n'a pas démontré la supériorité de l'opération d'Hancock sur l'iridectomie dans le traitement du glaucome, que cette dernière méthode a pour elle de trop nombreux succès pour qu'il soit aujourd'hui permis de douter de son efficacité; aussi n'a-t-on vu cette opération abandonnée par aucun des chirurgiens qui l'ont pratiquée : tous y persistent. Elle n'est combattue que par ceux qui, ne l'ayant pas faite, invoquent des objections théoriques.

M. LEFORT. Je ne me suis pas prononcé d'une manière absolue sur la question de savoir si l'iridectomie est ou non supérieure à l'opération d'Hancock; j'ai dit qu'elle était utile, c'est le seul but de mon argumentation.

La statistique de M. Bader est directement extraite des registres tenus par lui à l'hôpital de Morfield : elle doit donc être aussi complète que possible.

Pour le cas d'hémorrhagie de 15 gr. rappelé par M. Giraldès, ce n'est pas le sang qui a chassé le corps vitré et le cristallin, ceux-ci se sont brusquement échappés au moment de l'incision. Je ne veux pas insister sur ce fait, mais je maintiens que dans une opération aussi délicate, il peut survenir des accidents immédiats, qui paraissent impossibles dans l'opération d'Hancock. Cette opération me paraît avoir été rejetée sans examen suffisant; c'est contre cela que je me suis élevé.

Quant à la théorie que j'ai proposée pour le glaucome, je ne l'abandonne pas; mais, pour le moment, je laisse de côté cette discussion qui me paraîtrait prématurée.

M. VERNEUIL cite le cas d'un malade qui, ayant perdu un œil depuis l'enfance, fut atteint de glaucome et opéré deux fois avec succès de l'iridectomie, par M. Soulès, à deux années d'intervalle.

M. Verneuil remettra cette observation.

LECTURE.

M. Bétancès lit un travail sur *trois cas d'oschéotomie.*

Ce travail et les quatre planches photographiques qui l'accompagnent sont renvoyés à une commission composée de MM. Larrey, Marjolin et Guyon.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Fistule du larynx. Suture. Guérison.

M. LEFORT présente un malade et communique à ce sujet l'observation suivante :

H... (François), âgé de cinquante-trois ans, jardinier, est entré à l'hôpital de la Charité, le 24 février 1864.

En 1850, ce malade vit se développer sans causes connues, sur la partie antérieure du cou, un abcès qui s'ouvrit spontanément et s'oblitéra peu après.

En 1851, un nouvel abcès se forma et suivit la même marche, sans amener, non plus que le précédent, aucune altération de la voix ou de la respiration.

En 1852, survint un troisième abcès, qui cette fois amena une fistule du larynx. Le malade continua son travail en bouchant sa pustule avec de la charpie; jamais il ne se montra d'emphysème, et il ne sortait par la plaie que des mucosités et du pus. Entré à l'hôpital Lariboisière en 1862, on se borna, pour combattre la toux, à lui donner de l'huile de foie de morue.

La fistule siége au-dessous du cartilage thyroïde, dans l'espace thyro-cricoïdien; elle présente un orifice en entonnoir d'un centimètre de diamètre; ses bords sont rouges, amincis; la peau, réduite à une cicatrice, adhère fortement au cartilage cricoïde; en haut, elle a conservé son épaisseur et jouit d'une certaine mobilité au niveau du cartilage thyroïde. Des mucosités purulentes sortent par l'orifice fistuleux, dans lequel on peut engager l'extrémité mousse d'un gros crayon et même le bout du petit doigt. Depuis que l'air passe par cet orifice anormal, le malade est sujet à une toux fréquente, accompagnée d'une abondante expectoration, et l'amaigrissement a augmenté.

La voix est rauque, et pour pouvoir parler facilement, le malade est obligé de mettre le doigt sur l'ouverture de sa fistule. La libre issue de l'air, que ne peut plus retenir la glotte pendant l'effort, puisque la fistule siége au-dessous du cartilage thyroïde, empêche le malade de se livrer fructueusement à son travail. Il peut serrer avec quelque force la main qu'on lui présente; mais pour tous les mouvements qui exigent l'effort proprement dit, il est presque sans force;

il ne peut lever une chaise un peu lourde, ce qu'il fait facilement si on oblitère artificiellement l'ouverture sous-glottique anormale.

Les instances du malade, qui ne peut plus se livrer pour vivre à son métier de jardinier, lequel exige des efforts musculaires fréquents, le fâcheux effet de l'ouverture anormale sur l'état des organes respiratoires, nous engagent à chercher par une opération la guérison de cette infirmité, grave par ses conséquences.

Le rétrécissement consécutif du larynx, présenté comme constant par Vidal (de Cassis), d'après les faits de M. Raynaud (de Toulon), n'existait pas chez notre malade.

La largeur assez grande de la fistule et sa situation m'éloignaient de l'idée de recourir au procédé de M. Velpeau. Je ne pouvais songer à décoller les bords de l'ouverture, du moins sur un des côtés de la circonférence, et à faire ainsi de l'autoplastie par déplacement, car c'eût été m'exposer presque avec certitude à un emphysème. Le procédé de Jules Roux, malgré la création d'un canal de dérivation temporaire, ne me semblait pas à l'abri des mêmes reproches, et il me paraissait de plus d'une efficacité douteuse pour une large fistule. Je crus préférable de tenter l'adossement et la réunion de deux lambeaux de peau, non par leur face profonde, mais par leur face externe.

Le 17 août, j'eus recours au procédé suivant : j'enlevai d'abord la couche *la plus superficielle* de la muqueuse de nouvelle formation qui tapissait l'entonnoir fistuleux ; puis deux incisions courbes furent faites au-dessous et au-dessus des bords de la fistule, mais de manière à n'intéresser que *les couches les plus superficielles du derme, sans l'entamer dans toute sa profondeur*. Avec les mêmes précautions j'enlevai les lambeaux semi-elliptiques compris entre l'incision et les bords de la fistule, et j'eus ainsi une surface elliptique avivée tout autour de l'orifice : il me suffisait dès lors d'attirer en bas la peau mobile sur le cartilage thyroïde et de la mettre en contact avec la surface cruentée inférieure, en la refoulant en partie dans l'intérieur de l'entonnoir fistuleux.

Cette dernière précaution était indispensable, car sans cette oblitération et en admettant même comme réalisée la réunion des téguments, il serait resté profondément un cul-de-sac ouvert du côté de la trachée et dans lequel les mucosités en s'accumulant auraient pu amener la formation d'un abcès et la reproduction de la maladie.

A cet effet, les fils métalliques servant à la suture ont été placés de la manière suivante : l'aiguille introduite inférieurement à 2 millimètres du bord de la plaie, ressort le plus près possible du cartilage, mais elle ne rentre dans le lambeau supérieur qu'à une certaine distance du bord de l'entonnoir. En serrant les fils, une partie de la

surface du derme mis à nu est repoussée dans la fistule également avivée et la remplit.

Six points de suture me permettent l'occlusion parfaite de la plaie. Le sixième jour les fils sont enlevés ; mais le fil le plus central, ne comprenant dans son anse que le tissu mince de la cicatrice qui formait le bord inférieur de l'orifice, a cédé, et il reste une petite fistule admettant seulement un stylet de trousse et dont quelques cautérisations au nitrate d'argent ont amené facilement la cicatrisation. Aujourd'hui celle-ci est complète depuis quelque temps et le malade a retrouvé les forces que lui faisait perdre l'existence d'une fistule sous-glottique.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. LEFORT présente en même temps une tumeur du cou, constituée par une *hypertrophie ganglionnaire simple.*

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

Séance du 12 octobre 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal :

M. GIRALDÈS rappelle qu'il a dit, dans la dernière séance, en parlant de l'iridectomie, que l'hémorrhagie provenait de la membrane choroïdienne. Voici, en effet, ajoute-t-il, le passage de M. Bader qui confirme mon assertion : « Dans les cas d'hémorrhagie dans lesquels » l'œil a été enlevé à cause de l'issue du corps vitré, on a constaté » que le sang extravasé provenait des gros vaisseaux de la choroïde, » qui, par suite de leur développement, avaient poussé cette mem- » brane et la rétine en dedans et chassé le contenu de l'œil à travers » la plaie de la cornée. »

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

— M. Dubreuil (de Bordeaux), membre correspondant, adresse deux brochures intitulées :

1° *Epidémie de variole survenue à Bordeaux et dans le département de la Gironde pendant l'année 1862*;

2° *Recherches historiques sur les établissements et régimes hospitaliers à Bordeaux, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours.*

— M. Legouest présente à la Société do chirurgie, de la part de M. Kœberlé, l'habile et heureux ovariotomiste de Strasbourg, les résultats de ses *opérations d'ovariotomie*, qui sont au nombre de treize. Elles comprennent douze extirpations des tumeurs des ovaires et une extirpation de la matrice et des ovaires, ces derniers ne se trouvant pas dans un état pathologique prononcé. Ces opérations ont donné lieu à dix guérisons. L'une de ces opérées, parfaitement rétablie, mais dont les tumeurs avaient été reconnues cancéreuses, est morte six mois après d'un cancer de la matrice. Les trois opérées mortes ont succombé l'une à la suite d'une hémorrhagie pulmonaire ; la seconde à la suite d'une imprudence grave par indocilité, do péritonite ; la troisième a succombé à une simple tympanite, le septième jour, provenant d'un obstacle mécanique à l'excrétion des gaz, et qui n'aurait bien certainement pas succombé si l'opérateur avait été libre de pratiquer une ponction de l'intestin.

Les résultats obtenus par M. Kœberlé lui paraissent devoir être rapportés :

1° Aux soins extrêmes de propreté pour tout ce qui concerne l'opération ;

2° A ses procédés opératoires ;

3° Aux soins consécutifs.

Il me faudrait de trop grands développements pour entrer dans des détails ; M. Kœberlé espère avoir l'honneur de transmettre à la Société, à la fin de l'année, un mémoire complétant les documents que j'ai l'honneur de présenter.

M. Kœberlé demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

M. Broca, au nom de M. Bourguet (d'Aix), membre correspondant de la Société, présente une pièce pathologique consistant en une *tumeur fibreuse de l'utérus*. Cette tumeur a été enlevée chez une fille vierge de trente-neuf ans.

Après avoir effectué la dilatation du col de l'utérus, M. Bourguet fit d'abord des tentatives d'arrachement ; mais la tumeur se déchira, et il fallut introduire la main dans la cavité utérine, retourner cet organe, en amener le fond à la vulve et pratiquer la ligature du pédicule ; aucun accident ne se développa. Aujourd'hui la ligature n'est pas encore tombée, la malade va très-bien, et il faut lutter contre son désir pour l'empêcher de sortir.

Commission du prix Duval.

Un scrutin a lieu pour nommer la commission du prix Duval. Sont désignés comme ayant obtenu le plus grand nombre de voix : MM. Guyon, Lefort, Marjolin, Giraldès et Dolbeau.

COMMUNICATION.

Hygiène hospitalière.

M. TRÉLAT prononce le discours suivant :

Messieurs,

Les questions relatives à l'hygiène des hôpitaux sont extrêmement vastes et complexes. Que si on se préoccupe des moyens généraux de répartir ou de diminuer le nombre des malades qui fréquentent les hôpitaux, on touche à l'assistance publique et on est forcément conduit aux problèmes les plus élevés du paupérisme et de l'économie sociale. D'autre part, quand on recherche les meilleurs procédés à suivre pour remplir des indications spéciales, on arrive à l'étude technique de machines et d'appareils.

Bien que ces deux ordres de faits, les uns très-généraux, les autres très-particuliers, se rattachent d'une manière étroite aux notions de la salubrité hospitalière et présentent un haut intérêt, je ne me propose pas de les traiter ici, parce que les premiers me paraissent en dehors du cercle de nos travaux habituels, et que les seconds sont moins importants, moins influents que les données fondamentales d'espace, de nombre de malades agglomérés, de situation générale, de rapports des bâtiments entre eux.

Ce sont ces données que je désire indiquer à votre attention ; c'est sur elles que je voudrais surtout voir porter la discussion, à cause de leur importance d'abord, ensuite parce qu'elles me semblent négligées, mal comprises ou mal interprétées dans nos constructions hospitalières, et qu'il est urgent de les faire valoir au moment où on semble les laisser dans le plus complet oubli en reconstruisant l'Hôtel-Dieu.

S'il est un point sur lequel tout le monde semble d'accord, c'est que l'atmosphère d'un hôpital doit être aussi pure que possible, c'est qu'il doit être largement et librement exposé à l'aération. Il est à peine nécessaire de rappeler à ce propos les remarquables résultats observés en 1814 dans nos abattoirs à peine clos, les résultats non moins remarquables, répétés et persistants, signalés par M. Michel Lévy pour les hôpitaux sous tente établis lors de la guerre d'Orient.

Faut-il ajouter que cette puissance d'une atmosphère pure a paru si grande à la commission sanitaire anglaise pour les hôpitaux militaires, qu'au nouvel hôpital de Woolwich on a pris des dispositions pour placer à l'extérieur jour et nuit les malades blessés ou amputés, ou exposés d'une façon quelconque à l'infection nosocomiale? Enfin, ne savons-nous pas que les lésions ou opérations chirurgicales guérissent chez les habitants des campagnes avec une merveilleuse simplicité? Ce n'est pas le bien-être de l'habitation, c'est encore moins l'alimentation, souvent mauvaise, qui produisent ce résultat; qu'est-ce donc alors, sinon le bénéfice d'une atmosphère de verdure et de soleil?

Je ne veux pas insister plus longtemps sur des faits de cette nature, dont je pourrais multiplier les exemples. D'ailleurs, personne ne les conteste; mais il n'en est plus de même quand il faut les interpréter et déduire leurs conséquences pratiques.

Aura-t-on assuré dans la mesure du possible la pureté de l'atmosphère où est plongé le malade; aura-t-on pourvu à une libre et facile aération, en donnant un large cube d'air à chaque lit, en instituant une abondante ventilation artificielle? Non; on aura rempli deux indications très-importantes, mais on n'aura rien fait d'utile si l'indication première, la constitution d'une bonne atmosphère extérieure, est négligée; car il faudrait être aveugle pour ne pas comprendre que c'est cette atmosphère qui est le réservoir commun où puisent toutes les parties de l'édifice, et en somme tous les malades. Tant vaut l'air d'une localité, disait M. Michel Lévy à l'Académie de médecine, d'une ville, d'un quartier, d'une rue, tant vaut l'aération des salles, fût-elle assurée dans la plus généreuse mesure et au moyen des appareils les plus perfectionnés.

Remarquons en passant combien les procédés de ventilation artificielle laissent à désirer jusqu'ici : coûteux, irréguliers dans leur marche, généralement insuffisants, même les plus parfaits, à remplir leur but, ils ne peuvent inspirer qu'une confiance médiocre.

Au reste, les hôpitaux Lariboisière et Beaujon nous fournissent une preuve convaincante. Là, le volume d'air affecté à chaque malade est considérable (partout à Lariboisière, dans les quatre pavillons à Beaujon); la ventilation y est sinon parfaite, au moins la meilleure des hôpitaux de Paris. Eh bien, qu'on prenne les chiffres de mortalité totale, ou ceux de la chirurgie, ou ceux de certaines opérations graves, et toujours on verra ces deux hôpitaux occuper le premier ou l'un des premiers rangs. A côté de cela, l'Hôtel-Dieu, qui n'est certes pas un bon hôpital, diffère à peine de Lariboisière et de Beaujon pour la mortalité générale, mais il leur est manifestement inférieur pour la mortalité en chirurgie, et les mêmes opérations graves paraissent y

réussir beaucoup mieux que dans les autres hôpitaux. Il y a là une contradiction plus apparente que réelle : tout mauvais qu'il est, l'Hôtel-Dieu est mieux disposé que Beaujon et Lariboisière pour une large aération extérieure. Je reviendrai dans un moment sur ce point important.

Ces faits me semblent prouver d'une manière irréfutable qu'un large cube d'air à l'intérieur des salles et une ventilation artificielle aussi bien faite que possible ne suffisent pas à assurer la salubrité d'un hôpital. Il faut encore autre chose. Je l'ai déjà dit, mais j'y insiste à nouveau, il faut un milieu atmosphérique pur ; il faut encore que tout soit disposé pour la libre et abondante circulation de l'air; il faut que les vents puissent balayer facilement les surfaces de construction, qu'ils ne rencontrent ni angles ni parties rentrantes, que le soleil puisse baigner la totalité des bâtiments; il faut enfin que ces bâtiments, largement espacés et complétement séparés les uns des autres, ne constituent pas des foyers d'infection réciproque dont la puissance croît avec le nombre.

Personne de nous, Messieurs, n'ignore que ces principes sont professés par les hygiénistes qui se sont occupés d'hôpitaux, par les commissions sanitaires, qu'ils sont même énoncés parfois, quoique d'une manière bien concise, dans les programmes de constructions hospitalières.

Mais sont-ils réalisés? C'est là ce qu'il convient d'examiner. On nous donne aujourd'hui Lariboisière comme type d'un hôpital parfait, d'un isolement complet, d'une large aération, comme la *réalisation de tous les progrès rêvés depuis un demi-siècle.* Vraiment, Messieurs, il faut que les administrateurs qui tiennent ce langage poussent bien loin l'oubli de ce qui a été dit et écrit partout sur l'agglomération des malades, la proximité des bâtiments, la difficulté réelle d'assurer la circulation de l'air! Et ce qu'il y a de plus fâcheux, ce pourquoi j'appelle tout spécialement votre attention sur ce point, c'est que ce prétendu type on l'a copié à Nantes, à Madrid, on s'apprête à le copier à Paris.

Sa conception sans doute a été un véritable progrès pour l'époque, et j'admire plus que personne la sagacité, la rectitude de jugement dont Tenon fit preuve dans ses longues recherches sur les hôpitaux ; mais aujourd'hui nous avons reconnu nombre de faits qu'il ne pouvait pas prévoir, et ce qui de son temps était une amélioration considérable n'est plus maintenant qu'une formule insuffisante sous beaucoup de rapports, formule d'ailleurs très-altérée dans ses diverses applications.

Des pavillons de 16 à 17 mètres de haut séparés par des intervalles de 20 à 25 mètres sont bien rapprochés, à peine sont-ils séparés par

la largeur d'une rue ordinaire ; le soleil ne frappe jamais certaines parties des espaces vides ; les pavillons se couvrant les uns les autres, le dernier seul est convenablement exposé aux rayons solaires : ce défaut est d'autant plus sensible que le soleil serait plus nécessaire, c'est-à-dire en hiver. Cette étroite proximité produit des inconvénients analogues au point de vue de l'action si salutaire des vents. Remarquons d'abord que l'étage inférieur représente des cours fermées de trois côtés, par conséquent très-mal ventilées. Aux deux étages supérieurs, les cours sont ouvertes par leurs deux extrémités; mais, hormis le seul cas où le vent souffle dans l'axe des bâtiments, une partie considérable de ceux-ci est toujours soustraite à son action soit par les constructions de la façade, soit par les pavillons du côté opposé, soit par les services généraux qui occupent tout le fond de l'édifice.

Qui de nous, Messieurs, ignore la différence qui existe au point de vue de l'intensité du vent entre les quais de la Seine et l'intérieur des rues ? Un hôpital comme Lariboisière représente l'intérieur des rues, tandis que je voudrais voir les bâtiments étalés en longues lignes simples, pouvant être balayés, comme les quais, par les vents et la pluie.

On sait que les gaz, les miasmes, fumée, poussière, mélangés à l'atmosphère, tendent à descendre et à s'écouler horizontalement. Si quelque obstacle borne cette expansion, si elle n'est pas aidée par l'impulsion facile, par la course libre du vent, toutes les impuretés de l'air stagnent, et on est surpris de leur longue persistance dans certaines localités.

C'est en tenant compte de ce fait capital qu'on apprécie toute l'importance d'une disposition favorable à l'aération extérieure, qui aura lieu si l'action des vents est absolument libre, mais qui fera défaut si cette action rencontre quelque obstacle venant des constructions de l'hôpital ou des constructions voisines.

Si j'ai réussi à faire comprendre que les impuretés atmosphériques ne s'échappent pas spontanément, mais qu'elles ont besoin d'être dissoutes par la pluie ou balayées par le vent, on conclura sans peine que Lariboisière, Beaujon, le futur Hôtel-Dieu, qui lui aussi doit avoir des pavillons séparés, mais singulièrement élevés et rapprochés, ne constituent pas le type le plus parfait que l'on puisse rêver. Vous avez vu, en effet, ce que disent les chiffres de mortalité pour ces hôpitaux. On a allégué, il est vrai, que cette mortalité s'explique pour Lariboisière par la gravité exceptionnelle des maladies aiguës et par un nombre excessif de maladies chroniques, et surtout de phthisies. Or j'ai sous la main, pendant que je parle, un tableau dont les éléments sont empruntés à la statistique médicale de 1861, d'où il ré-

sulte que c'est à Beaujon d'abord, à Lariboisière ensuite, qu'il y a le moins de phthisiques par rapport à la population générale; en second lieu, que c'est à Lariboisière, à Cochin et à Beaujon que les décès par phthisie représentent le plus petit chiffre par rapport à la totalité des décès. Il y a loin de là à ce qui avait été avancé.

Je concevrais à la rigueur qu'on se montrât sinon négligent, au moins plus facile sur les dispositions d'un hôpital s'il était situé en pleine campagne. Mais quand on songe à ce qu'est l'atmosphère de Paris, où plus de 1,600,000 poitrines versent par vingt-quatre heures plus de 600,000 mètres cubes d'air expiré, où une incessante activité engendre toutes les effluves des corps humains et animaux, où une industrie chaque jour grandissante inonde l'air de détritus de toute espèce, à cette atmosphère qu'on aperçoit de loin comme un nuage poudreux et immobile, on conçoit qu'aucune précaution ne soit superflue pour lutter contre une si déplorable condition; on se demande si la lutte est possible, et si on ne ferait pas mieux d'y renoncer chaque fois qu'on le pourrait !

Et cependant c'est au plein milieu de cette atmosphère qu'on va élever l'Hôtel-Dieu, riche de malades, pauvre d'espace, trois motifs dont un seul suffirait pour donner les craintes les plus sérieuses.

Ces faits sont du domaine de l'hygiéniste, du chirurgien surtout, qu'ils intéressent à un si haut degré; nous concevons que les administrateurs en soient moins frappés, qu'ils cherchent avec ces difficiles exigences des accommodements et se laissent aller en définitive à des compromis fâcheux. Notre rôle à nous est d'insister sans relâche pour en faire apprécier l'importance et observer les conséquences rigoureuses.

Dans ma pensée, un bon hôpital, bien situé, consisterait en un bâtiment unique ou des bâtiments peu nombreux, séparés par des espaces de 100 à 150 mètres, exposés sans obstacles au vent, à la pluie et au soleil, et se développant en lignes droites et parallèles.

Cette donnée n'est assurément pas compliquée, mais deux conditions fondamentales sont nécessaires à son exécution. Il faut de l'espace et un nombre restreint de malades.

Cette condition d'espace est de premier ordre : avec des hauteurs et des largeurs de salles déterminées, un nombre limité d'étages, une seule quantité reste variable, c'est l'intervalle des bâtiments; or, celui-ci dépendra uniquement de l'étendue du terrain par rapport au nombre des malades, ou, d'une manière plus simple, de la superficie allouée à chaque malade.

Cette superficie n'a jamais été fixée que de sentiment. Elle varie beaucoup; souvent restreinte parce qu'on a subi le terrain au lieu

de le choisir, ou parce qu'on a multiplié les constructions après coup, elle est quelquefois large comme à l'hôpital Saint-Louis, œuvre remarquable, je dirais volontiers la plus remarquable en ce genre qu'on puisse voir à Paris, non comme type d'hôpital à copier, mais comme admirable réalisation d'un programme très-particulier.

J'ai cherché à déterminer quel espace superficiel correspondait à une bonne disposition d'hôpital. Pour cela j'ai étudié comparativement la superficie totale, la distribution des bâtiments et les résultats définitifs, c'est-à-dire la mortalité. Permettez-moi de vous citer quelques chiffres relatifs à des hôpitaux que nous connaissons tous. A Saint-Louis, chaque malade représente 97 mètres; à Lariboisière, actuellement 85 mètres, avant l'agrandissement 57 mètres; à Beaujon 56 mètres, mais la disposition est mauvaise, un grand jardin occupe une extrémité, des bâtiments très-serrés sont à l'autre; à Necker, 45 mètres; à la nouvelle Maison de santé, 42 mètres. Pour des hôpitaux de la province et de l'étranger, le chiffre varie de 30 à 120, 150 mètres, mais le plus souvent il oscille entre 50 et 90.

Pensez-vous, Messieurs, que les hôpitaux Saint-Louis et Lariboisière soient inutilement vastes? que la Maison de santé, laquelle n'a jamais que la moitié ou les deux tiers de ses lits occupés, que l'hôpital Necker, soient parfaits comme aération extérieure?

Choisissant entre ces deux termes, j'ai dit qu'il ne paraissait pas possible de disposer convenablement un hôpital, à moins que chaque lit ne représentât au moins 50 mètres carrés de terrain. Dans mon opinion, c'est une mesure très-étroite, la plus étroite possible, mesure qu'il est désirable de voir dépasser largement. J'ai été contredit par l'administration. On m'a répondu que ce genre d'évaluation n'avait pas de portée, et que ces conditions d'espace pouvaient varier suivant les cas sans grands inconvénients. Je comprends cette réponse : le nouvel Hôtel-Dieu représentera comme superficie 26 mètres carrés par lit s'il contient 800 malades, et 36 mètres s'il n'en renferme que 600. L'avenir dira qui a tort, et je souhaite que ce soit moi.

Sans insister davantage sur ce cas particulier, je crois qu'un grand espace est une condition nécessaire à laquelle rien au monde ne peut suppléer, et que jamais, sans nuire gravement à la salubrité d'un hôpital un peu nombreux, on ne devrait descendre au-dessous du chiffre que j'ai indiqué.

Avec un grand espace proportionnel, il faut encore que le nombre des malades soit assez restreint. Je ne m'arrête pas sur les inconvénients signalés des grandes agglomérations, sur la puissanco d'infection qui semble croître progressivement, et non proportionnellement,

avec le nombre des malades. Je me place seulement au point de vue des dispositions architecturales, et je constate que dès que les hôpitaux atteignent un chiffre élevé, les bâtiments se replient sur eux-mêmes, se contournent suivant des formes très-variées, mais qui ont toutes pour résultat commun de nuire à l'aération naturelle. C'est la conséquence nécessaire du service intérieur, qui empêche de déployer les bâtiments sur des lignes trop étendues et indique de rapprocher autant que possible toutes les parties de l'édifice des locaux de service général, cuisine, pharmacie, lingerie, bains, etc.

De pareilles nécessités n'existent pas pour un hôpital peu nombreux, et nous n'avons pas à chercher bien loin pour trouver des exemples que nous voudrions voir imiter en les améliorant. L'infirmerie de la Salpêtrière contient 300 lits. En supprimant l'étage supérieur qui n'est pas irréprochable, on aurait 200 lits dans de bonnes conditions. Les nouveaux bâtiments de l'hôpital Saint-Antoine contiennent 144 lits. Deux pavillons semblables placés bout à bout à quelques mètres d'intervalle ou parallèlement à large distance feraient un très-bon hôpital de près de 300 lits, en y ajoutant une petite construction pour les services généraux. A la rigueur, s'il fallait obtenir un chiffre beaucoup plus élevé, on pourrait, en restreignant le nombre de lits dans chaque pavillon, en élever quatre en deux rangées parallèles, mais d'autant plus écartées que la ligne serait plus longue. On arriverait facilement ainsi à 450 ou 480 malades, chiffre extrême que je ne voudrais pas voir franchir.

Cette disposition n'est pas sans exemple. Elle offre sinon une complète similitude, du moins une très-grande analogie avec l'hôpital militaire de Vincennes, dont le bâtiment central est trop important, avec l'hôpital de Malte. On s'en ferait une idée juste en supposant l'ancien bâtiment de l'hôpital Saint-Antoine rendu beaucoup moins long, beaucoup plus bas et affecté aux services généraux.

On répétera peut-être les objections déjà alléguées contre les hôpitaux peu nombreux. On dira qu'ils sont des centres insuffisants d'instruction, que les frais de premier établissement et le prix de la journée y sont plus élevés que pour de grands hôpitaux.

Dans cette discussion sur l'hygiène hospitalière, je pourrais glisser sur le premier motif; mais n'est-il pas surabondamment prouvé, en France et à l'étranger, que de très-petits hôpitaux peuvent fournir un enseignement très-utile; et d'ailleurs, des hôpitaux de deux à trois cents lits seraient-ils si petits?

Quant aux deux autres motifs, bien qu'on les ait souvent reproduits et qu'on les appuie de considérations théoriques, ils ne sont guère d'accord avec les faits. Je me demande comment on ose dire

que les frais de premier établissement sont moins considérables pour de grands hôpitaux, lorsque le seul hôpital de cette nature construit à notre époque a coûté 17,236 fr. par lit, lorsque l'Hôtel-Dieu qui va s'élever atteindra un chiffre qui touche à l'hyperbole.

C'est que pour assurer le service de ces vastes édifices, pour pourvoir à leurs fonctions, il faut des installations très-coûteuses, des dispositions en rapport avec leur étendue et le nombre des malades, et les quelques économies qu'on fait sur la toiture et les murailles se fondent bien vite dans des services généraux très-dispendieux.

Prenez, Messieurs, le prix de revient des pavillons de l'hôpital Saint-Antoine, les plus chers de cette nature, supposez pour les services généraux une somme égale à l'un d'eux, installez le tout sur un terrain de 18,000 mètres, à 50 fr. aux limites de Paris, et vous aurez un hôpital de trois cents lits, supérieur à tout ce que nous avons comme espace et disposition, et cela ne coûtera pas 2,000,000 de fr., chiffre déjà gros, mais cependant misérable à côté de ceux de Lariboisière et du futur Hôtel-Dieu.

Il en est de même pour le prix de la journée. Il est bien vrai qu'à l'hôpital Cochin et à la Clinique cette somme est notablement plus élevée que dans les autres hôpitaux; mais immédiatement après vient Lariboisière, toujours plus cher que Saint-Antoine et Necker, qui pendant longtemps n'ont eu que trois cents à trois cent cinquante malades. C'est que la fonction et l'entretien d'une installation coûteuse sont eux-mêmes coûteux, à moins de la laisser dépérir par inaction ou abandon.

Ce n'est pas ici le lieu de creuser plus à fond ce côté économique de la question; j'ai voulu seulement vous montrer par quelques exemples saisissants que les motifs d'économie invoqués sont loin d'être aussi évidents qu'on l'a dit.

Vous voyez donc, Messieurs, que des hôpitaux restreints, spacieux, aérés, illuminés de soleil, loin d'être un rêve impossible à réaliser, joindraient à tous ces avantages celui non moins grand d'une réelle économie.

Sans doute la discussion qui s'ouvre éclaircira d'autres points que je n'ai pas même effleurés. J'ai seulement eu pour but, et je serais heureux de l'avoir atteint, de vous faire apprécier la portée et la valeur des conditions fondamentales que j'indiquais en commençant.

M. VERNEUIL propose qu'avis officiel soit donné à la Société médicale des hôpitaux de la discussion qui va s'ouvrir, avec invitation d'y venir prendre part en la personne de quelques délégués.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

M. VELPEAU. Sans vouloir prendre part à la discussion, je crois

pouvoir faire remarquer que les plans du futur Hôtel-Dieu ne sont point encore arrêtés définitivement; le nombre des lits ne doit pas s'élever au delà de six cents. Je crois, d'ailleurs, l'administration très-disposée à profiter des avis qui seront émis dans cette discussion.

M. RICHET confirme la déclaration de M. Velpeau relativement au nombre des lits.

M. LARREY fait observer qu'il y a eu successivement deux projets; dans le premier, il était en effet question de huit cents lits; dans le second, ce nombre serait réduit à six cents.

M. LEFORT pense qu'il ne faut pas s'égarer dans la discussion sur des données incertaines. En conséquence, la seule chose discutable aujourd'hui est la question relative à l'emplacement.

M. MARJOLIN pense qu'on pourrait peut-être, afin de discuter en connaissance de cause, demander à l'administration communication des plans.

La légende indiquerait probablement les renseignements désirés.

M. VERNEUIL croit qu'il n'y a pas lieu de faire cette demande à l'administration. La discussion, suivant lui, doit conserver un caractère entièrement scientifique, sans s'inquiéter des convenances de l'administration d'hier, d'aujourd'hui ou de demain. Nous devons, dit-il, ne nous préoccuper que d'une chose: réunir et discuter froidement les meilleures conditions d'un hôpital salubre, d'un hôpital dans lequel il nous soit possible de soigner et de guérir nos malades et nos opérés, d'un hôpital où les opérations même les plus simples ne soient pas constamment suivies d'érysipèle. Si après cela l'administration juge convenable de tenir compte de nos remarques, de nos observations et de nos vœux, tant mieux pour les malades. Si, au contraire, nos travaux n'ont pas cet heureux résultat, nous aurons du moins la conscience d'avoir fait notre devoir, et il ne sera pas dit plus tard qu'à la fin du dix-neuvième siècle les chirurgiens et les médecins n'ont pas protesté contre un esprit de routine digne du seizième siècle.

M. LARREY pense aussi que la discussion doit rouler purement et simplement sur la question d'hygiène et de salubrité des hôpitaux envisagée d'une manière générale, tout en cherchant à appliquer ces données à la construction du futur Hôtel-Dieu.

M. GIRALDÈS appuie cette opinion, en faisant remarquer que cela fournira l'occasion, chemin faisant, de mettre en lumière certaines particularités qui jusqu'à présent ont échappé à l'attention de certains administrateurs qui se sont occupés de la question.

M. VELPEAU exprime le désir que la Société évite avec soin de

s'égarer dans les points secondaires. La reconstruction de l'Hôtel-Dieu semble devoir être prochaine ; et si l'on ne s'en tenait pas aux parties essentielles du sujet, la discussion pourrait se prolonger longtemps et n'être pas terminée alors que l'Hôtel-Dieu serait déjà commencé.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. LABBÉ, en son nom et au nom de M. Cahours, met sous les yeux de la Société un exemple d'embolie pulmonaire à la suite de fracture de jambe.

Fracture simple de la jambe droite à sa partie moyenne ; épanchement de sang énorme s'étendant depuis les racines des orteils jusqu'à la hauteur de la fracture. — Mort subite au quarante-septième jour. — Caillots dans la veine crurale. — Embolie de l'artère pulmonaire.

Le 21 août, Mme L..., âgée de soixante-six ans, demeurant rue Laffitte, n° 29, fut renversée par un omnibus ; une des roues lui passa obliquement sur la jambe droite, et un coup de pied de cheval porta sur l'articulation tibio-tarsienne du même côté. La malade fut transportée immédiatement chez elle.

Dès que la malade fut couchée, M. le docteur Cahours constata :

1° Une fracture de la partie moyenne du tibia ; la crépitation était très-appréciable ; la solution de continuité paraissait s'étendre obliquement de haut en bas et de dehors en dedans ; le chevauchement était peu sensible et appréciable.

2° Un épanchement de sang énorme s'étendait depuis le milieu de la jambe jusqu'au pied, qui était meurtri et violacé. Au-dessous de la malléole externe existait une toute petite plaie semblable à une piqûre, et d'où s'échappait, surtout à la pression du pied, un filet de sang très-mince ; la peau partout ailleurs était saine.

Dès le premier jour, M. Cahours installa des irrigations continues avec de l'eau tiède, diminuant ou augmentant la température du liquide d'après les impressions de la malade.

Le 22 août, la nuit est assez bonne, et la réaction générale presque nulle. MM. Alph. Amussat et Labbé, appelés en consultation, trouvent l'état de la malade très-satisfaisant. Quelques phlyctènes brunâtres développées sur les parties latérales du pied, sont ouvertes avec les ciseaux.

Le 24 août, les irrigations sont suspendues ; la malade dort bien, et commence à se nourrir.

Dans les jours suivants, le mieux se continue ; mais sous l'influence

et la pression de l'épanchement sanguin énorme du mollet, la peau se gangrène dans l'étendue d'une pièce de cinq francs en argent. Un débridement fait sur cette plaque gangréneuse laisse écouler deux verres de sang corrompu, avec des gouttelettes huileuses surnageant la sanie. Le mollet vidé, le bien-être reprend son cours sans interruption jusqu'au 8 octobre. A cette époque, la plaie de la jambe est presque cicatrisée ; la malade est gaie, mange et dort bien : tout fait présager une prompte et heureuse guérison. A minuit, le 8 octobre, la fille de Mme L... monte à la chambre de sa mère, lui souhaite une bonne nuit; la malade répond gaiement, et cinq minutes après sa fille la voit, dans un état d'angoisse inexprimable, porter la main à sa poitrine comme si elle étouffait, et s'affaisser morte sur l'oreiller.

Une observation capitale et que nous avons fait corroborer à différentes reprises sur la fille de Mme L..., qui ne quittait pas la malade, c'est que jamais celle-ci ne s'est plainte d'accès de suffocation ou même de la plus légère difficulté de respiration, jamais elle n'a accusé de douleur profonde dans la jambe ou vers la cuisse ; en outre, la malade était très-docile, et ne remuait que pour se servir du bassin.

La rapidité de cette mort nous remit en mémoire la communication de M. Azam à l'Académie sur les embolies pulmonaires. Nous étions, comme dans les cas rapportés par ce confrère de Bordeaux et par M. Velpeau, en présence d'une fracture et d'un épanchement de sang considérable. La migration de caillots vers l'artère pulmonaire nous parut presque une certitude ; bien que la malade n'eût accusé aucune douleur sur le trajet des veines, il pouvait y avoir eu phlébite profonde et latente ; bien que la respiration eût toujours été libre et facile, l'accès de suffocation finale nous engageait à rechercher la cause de la mort du côté de la poitrine.

L'autopsie nous fut accordée par la famille, et lundi soir, 10 octobre, nous procédâmes à l'ouverture du corps.

Autopsie. — L'habitude extérieure ne présente rien de particulier. Le facies est reposé, et n'offre aucune trace des angoisses de la mort. La plaie de la jambe est presque tout entière cicatrisée ; le volume des deux membres est sensiblement le même.

La fracture paraît parfaitement consolidée ; cependant le cal cède sous l'influence d'une pression un peu énergique. Entre les différents plans musculaires et jusque vers les vaisseaux profonds de la jambe, on rencontre un épanchement de sang linéaire étalé en couche mince, et qui depuis quarante-neuf jours n'a pu être encore résorbé.

Les veines de la jambe, examinées avec autant de soin que possible, ne nous ont pas paru renfermer de caillots.

La veine poplitée renferme quelques concrétions sanguines, dont

l'organisation paraît déjà ancienne ; mais c'est surtout dans la portion de la veine crurale correspondant au triangle de Scarpa, que l'on observe un coagulum bien organisé, analogue à celui que nous avons rencontré plus tard dans l'artère pulmonaire.

La veine-cave n'a pu être examinée, parce que l'on avait prié de faire l'autopsie le plus discrètement possible.

Les poumons et le cœur furent enlevés de la poitrine avec précaution. Le cœur est assez volumineux, fortement chargé de graisse. Les cavités paraissent affaissées. Le ventricule gauche est complétement vide, on n'y rencontre pas trace du plus petit caillot ; l'artère aorte ne renferme pas non plus de coagulum.

Le ventricule droit, également affaissé, est vide. L'infundibulum et la moitié inférieure du tronc de l'artère pulmonaire ne contiennent pas de sang ; mais un caillot volumineux remplit la moitié supérieure de ce gros vaisseau, et se prolonge dans sa division gauche ; le caillot remplit aussi quelques petites branches secondaires ; et obture intégralement la division de l'artère qui se rend dans le lobe supérieur du poumon.

Le caillot offre un aspect gris rougeâtre ; il est ferme, et ne présente d'adhérences dans aucun point avec les parois de l'artère.

La division droite de l'artère pulmonaire est remplie par des caillots noirs, mous, diffluents, et qui évidemment se sont formés au moment et immédiatement après la mort.

Le poumon gauche était affaissé, et ne contenait pas trace de sang. Le poumon droit, qui avait dû recevoir pendant un instant tout le sang venant du ventricule droit, était volumineux, résistant, noirâtre ; incisé, il laissa écouler du sang en abondance.

Le cerveau a été examiné avec soin ; il était sain dans toute son étendue.

La mort subite a été due évidemment à l'oblitération instantanée de la branche gauche de l'artère pulmonaire ; la présence dans la veine fémorale de caillots analogues à ceux que nous avons trouvés dans l'artère pulmonaire peut, nous le pensons, nous autoriser à dire que là a été le point de départ des caillots migrateurs qui ont amené la mort.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, U. Trélat.

Séance du 19 octobre 1864.

Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale.*

— Des lettres de MM. Broca et Bauchet demandant des congés.

— Une lettre de M. le docteur Esmein communiquant à la Société de chirurgie un programme pour la construction d'un hôpital.

— M. Verneuil dépose sur le bureau une observation de glaucome chronique traité par l'iridectomie, par M. Soulez, chirurgien de l'hôpital de Romorantin.

DISCUSSION.

Hygiène hospitalière.

M. LÉON LE FORT prononce le discours suivant :

Messieurs,

Avant d'aborder devant vous la question si importante de l'hygiène hospitalière, j'ai dû me demander quels étaient la cause et le but de cette discussion, quel devait en être l'objet, quelles pouvaient en être les limites.

Sa cause, vous la connaissez tous. La question de l'hygiène des hôpitaux ne se présente pas devant vous comme elle s'est présentée il y a deux ans à l'Académie de médecine, d'une façon indirecte, incidente, au milieu d'une discussion purement chirurgicale ; cette fois, c'est directement et à propos de la création d'un nouvel hôpital qu'elle réclame nos efforts et vos lumières.

Son but est trop élevé, trop important pour que nous ne cherchions pas à l'atteindre par la voie la plus directe. Il nous suffisait, il y a deux ans, de montrer d'une manière générale, par la comparaison des hôpitaux étrangers, les principales améliorations que réclamaient les nôtres; aujourd'hui que la lumière s'est faite sur bien des points, notre but doit être d'empêcher des fautes qui cette fois seraient sans excuse.

Son objet doit-il être d'établir d'une manière générale les lois

d'une hygiène spéciale ? Devons-nous limiter nos recherches aux généralités, sans descendre aux applications directes ; poser pour la construction des hôpitaux des règles en quelque sorte platoniques, mais contre lesquelles nous verrions s'élever comme autant de fins de non-recevoir des objections basées sur les difficultés locales, matérielles, administratives et financières ? Non, Messieurs, telle n'est point mon opinion, telle n'est pas non plus la vôtre, je l'espère.

Plus l'on pénètre dans ces questions si importantes, plus on y rencontre de difficultés à généraliser quelques principes. Ainsi, dans les seules questions que je me propose aujourd'hui d'examiner devant vous, celles de la situation topographique et la dimension des hôpitaux ; que de modifications apportent aux préceptes scientifiques l'étendue de la ville ; le chiffre de sa population ; sa pauvreté ou sa richesse, le mode d'assistance publique ou privée, le climat, le voisinage des montagnes ou des fleuves, la condition sociale des malades ! Que de modifications n'apporte pas aussi l'organisation politique des pays et des villes où les hôpitaux doivent s'élever !

Négliger complétement dans nos discussions ces considérations si importantes, c'est se réduire volontairement à l'impuissance. Je traiterai donc d'une manière générale la question de la situation des hôpitaux ; mais je n'oublierai pas que c'est à Paris, que c'est pour Paris que nous discutons, et j'aborderai franchement et résolûment la question de l'Hôtel-Dieu.

Plusieurs de nos collègues se sont demandé si la Société de chirurgie avait le droit de faire sortir ses discussions du domaine de la science pure, et plusieurs ont répondu par la négative. Cette opinion, je la repousse.

Que nos conclusions soient ou non favorables au projet émané de l'administration municipale, comment croire ; sans lui faire injure, que cette administration, absolument incompétente en matière d'hygiène hospitalière, n'acceptera pas avec déférence l'avis d'une Société dans laquelle se trouvent réunis les chirurgiens de nos hôpitaux militaires et civils, c'est-à-dire ceux qui presque seuls peuvent la guider dans son entreprise? D'ailleurs, Messieurs, la réponse (*officielle*, malgré les erreurs qu'elle renferme) faite aux articles de notre collègue M. Trélat n'annonce-t-elle pas « que le projet de l'Hôtel-Dieu subira » le contrôle de tous ceux qui doivent en connaître ? » Nous comptons sans doute dans ceux-là ; et si en Belgique, en Russie, en Italie, en Prusse, en Angleterre, on n'élève pas un hôpital sans consulter le corps médical, ce serait, je le répète, faire à l'administration une injure grave que de supposer qu'il puisse en être autrement en France,

Sans doute, on paraît avoir décidé sans consulter le corps médical la question de l'emplacement de l'Hôtel-Dieu ; mais c'est qu'apparemment l'administration supérieure pensait que cette question n'avait aucune importance ; que les raisons architecturales devaient seules la guider dans son choix ; que les hôpitaux doivent servir à l'embellissement des villes, et même, comme celui de la Charité, au développement du commerce et de l'industrie ; que l'on peut élever des hôpitaux aussi facilement qu'on trace des rues, des places ou des boulevards ; que la science de l'hygiène n'a rien à voir dans ces questions, et que les malades guérissent aussi bien au centre qu'à la circonférence des villes, dans les vallées que sur les collines.

Nous devons éclairer par nos discussions, guider par nos conseils, qu'on les accepte ou non, ceux qui pourraient croire que le pouvoir de faire donne la science de bien faire, défendre la vie de nos malades mise en péril par des projets témérairement conçus ; empêcher que nos nouveaux hôpitaux ne soient aussi meurtriers que les anciens, éviter le retour de ces funèbres statistiques où sur 35 amputés de cuisse nous trouvons 26 morts. Responsables devant la science, responsables devant notre conscience de la vie de nos malades, notre abstention ne saurait être justifiée. Rappelons-nous qu'au-dessus de l'autorité supérieure, à quelque hauteur qu'elle se place, il y a la vie du pauvre à protéger, l'erreur à combattre, la vérité à défendre. Suivons chacun le précepte : Fais ce que dois ! et si nous avons à prononcer sans être entendus et écoutés le : *Caveant consules,* nous aurons du moins *fait notre devoir.*

Lorsqu'il s'agit de la création d'un nouvel hôpital, la question de la dimension du futur établissement, celle du chiffre de la population qu'il devra abriter, doivent autant que possible être résolues tout d'abord. Un hôpital ne doit pas être construit pour occuper ou remplir un espace choisi de terrain, c'est au contraire l'emplacement qui doit être choisi suivant le plan adopté pour l'hôpital. Ce n'est qu'après avoir discuté et décidé cette question que l'on doit aborder celle du choix de l'emplacement, ou l'on s'expose à sacrifier dans la construction bien des règles hygiéniques incompatibles avec l'étendue du terrain primitivement choisi. Si telle me paraît devoir être dans la pratique la marche à suivre, telle elle n'est pas forcément dans un débat scientifique, et j'examinerai tout d'abord la question de l'emplacement des hôpitaux.

Les notions les plus élémentaires de l'hygiène générale doivent engager à placer vers la circonférence, et mieux encore en dehors des villes, les établissements hospitaliers. Les malades y trouvent un air plus pur, une tranquillité plus grande, et je serai tout à fait d'accord

sur ce point avec l'administration supérieure en disant avec la légende annexée au projet d'Hôtel-Dieu de Paris : « Celui qu'on recueille à l'hospice n'a qu'à gagner en santé et en calme à quitter » les quartiers où les habitations se disputent l'air et la lumière pour » se rapprocher de la campagne. » Malheureusement l'administration n'appliquait ces préceptes si sages aux infirmes que pour en exclure aussitôt les malades.

Les faits individuels dont chacun de nous a été témoin devaient faire accepter par tous cette vérité, que la mortalité, toutes choses égales d'ailleurs, doit être plus grande dans les hôpitaux, suivant l'importance de la population des villes où ils sont situés. Il eût été à désirer de pouvoir comparer à cet égard nos résultats avec ceux obtenus dans les hôpitaux des petites villes de province ; heureusement cette statistique, qui nous manque pour la France, je la trouve pour l'Angleterre dans le *Blue book,* présenté cette année au parlement anglais par le comité médical du conseil privé. MM. Bristowe et Holmes, chargés de visiter les hôpitaux du Royaume-Uni, ont dressé dans leur rapport un tableau statistique et comparatif de la mortalité après les amputations faites pendant ces dernières années dans les hôpitaux de Londres, dans ceux des grandes villes d'Angleterre, et enfin dans ceux des petites villes, établissements auxquels ils donnent le nom d'hôpitaux ruraux. Ce tableau se résume de la manière suivante :

Mortalité pour cent opérés.

	Amputation de la cuisse.	Amputation de la jambe.	Amputation du bras.	Amputation de l'avant-bras.
Hôpitaux de Londres..	36	30,6	22,9	13,1
— provinciaux.	34,5	21	26,3	7,6
— ruraux. . . .	24	16,9	17,7	8,5

La différence déjà si grande eût été, j'en suis convaincu, plus marquée encore, si les rapporteurs avaient classé les hôpitaux suivant qu'ils sont à l'extérieur ou à l'intérieur des villes. Ne connaissant pas toutes les villes d'Angleterre dans lesquelles se trouvent les hôpitaux dont la statistique a servi de base à MM. Bristowe et Holmes, je n'ai pu faire cette distinction que pour Londres, Birmingham, Bristol, Leeds, Liverpool, Sheffield, Edimburgh, Glasgow et Dublin. En examinant les résultats donnés par les amputations de cuisse, j'arrive aux résultats suivants :

Hôpitaux situés au centre de la ville, 39,1 p. 100 de mortalité ;

Hôpitaux situés à la circonférence ou en dehors de la ville, 24,2 p. 100 de mortalité.

La situation exceptionnelle de Saint-Georges à Londres me l'a fait placer dans la seconde classe.

A ces avantages déjà si grands d'un air plus pur, d'une situation plus salubre, s'en joint un autre dont il me faut bien parler : le prix des terrains. Ce n'est pas là, croyez-le bien, Messieurs, une question étrangère au sujet. Cette raison d'économie a sans nul doute concouru avec les raisons d'hygiène pour engager les médecins et les administrateurs de presque toutes les villes d'Europe à placer les hôpitaux vers la circonférence ou en dehors des villes. C'est vers la circonférence que sont placés ceux de Saint-Pierre à Bruxelles, des Juifs à Hambourg, de Bavière à Liége ; les hôpitaux catholique, juif et la Charité royale de Berlin, le grand hôpital de Vienne, etc. C'est en dehors des habitations ou même des limites de la ville que sont placés ceux d'Aix-la-Chapelle, de Bonn, de Munster, de Hanovre, de Brême, de Kiel, de Copenhague, de Dantzig, de Leipzig, de Dresde, de Prague, de Trieste, de Munich, d'Augsbourg, de Stuttgard, de Francfort, de Zurich, etc. C'est en dehors de Moscou que sont situés les hôpitaux de la ville, de Galitzin, de Marie, de Paul Ier, le Grand Hôpital militaire, etc. C'est en dehors de Saint-Pétersbourg que se trouvent les hôpitaux que renferme l'Académie médico-chirurgicale.

Si des considérations particulières, sur lesquelles j'aurai à revenir, ont fait placer à l'intérieur de la ville la plus grande partie des hôpitaux de Londres, à Londres comme dans toute l'Angleterre, comme dans toute l'Europe, on reconnaît aujourd'hui la nécessité de placer autant que possible les hôpitaux en dehors des cités.

Sans doute, si la ville est petite, peu étendue, on peut, sans éloigner outre mesure l'hôpital de ceux qu'il doit secourir, le transporter à la campagne ; mais cela n'est plus praticable dans les villes qui, comme Londres, Vienne, Berlin, Saint-Pétersbourg, Moscou et Paris, occupent une vaste superficie ; de plus, les hôpitaux des grandes capitales servent le plus souvent à l'enseignement médical, et toutes ces raisons semblent devoir contraindre à construire ces hôpitaux dans le centre de la ville.

Qu'existe-t-il à cet égard dans les grandes capitales de l'Europe ?

L'organisation administrative et politique d'un pays, vous disais je tout à l'heure, a son influence sur la solution de plusieurs questions d'hygiène hospitalière ; elle intervient dans celle de l'emplacement des hôpitaux.

A Londres, par exemple, les grands hôpitaux sont placés pour la plupart à l'intérieur de la ville. Ces hôpitaux, dont on a assez généralement mal compris l'organisation, sont absolument indépendants les uns des autres, comme ils sont aussi indépendants de la commune

ou de l'Etat. Elevés et entretenus à l'aide de souscriptions volontaires, destinés non aux individus sans ressources, qui, dans les *workhouses*, sont secourus par la charité légale, mais aux souscripteurs ou à ceux auxquels ces souscripteurs délèguent leurs droits, ils sont le résultat ou plutôt l'objet d'une sorte d'association mutuelle contre la maladie. Nous avons à Paris des associations qui assurent leurs membres contre la misère par des secours pécuniaires, contre la maladie par des secours médicaux donnés par leurs propres médecins ; mais ces sociétés n'ont pas leur hôpital. En Angleterre, l'association a fait un pas de plus ; voulant et sachant être libre, elle n'a pas voulu du secours de l'Etat, sachant que secours veut dire ingérence d'abord et bientôt tutelle ; aussi, c'est par leurs seules ressources que des individus isolés ou réunis dans les mêmes ateliers, que les associations ouvrières, en élevant et en entretenant l'hôpital par leurs souscriptions, se sont assurés contre l'éventualité de la maladie.

Avec une pareille organisation, les hôpitaux devaient se fonder là où le besoin paraissait exister, là surtout où se présentait un nombre suffisant de souscripteurs, c'est-à-dire au centre des habitations, et cela avec d'autant plus de facilité que l'hygiène hospitalière n'avait guère encore montré les dangers des agglomérations urbaines ; mais c'est vers la circonférence de Londres que se trouvera porté le nouvel hôpital Saint-Thomas.

Fondés par la munificence de leurs souverains, les grands hôpitaux de Vienne, de Berlin, de Saint-Pétersbourg et de Moscou doivent leur situation vers la circonférence de ces capitales à des raisons d'hygiène, mais plus encore sans doute à des raisons d'économie ; il n'existe pas en Autriche, en Prusse, en Russie, d'administration centrale semblable à celle qui existe à Paris, et l'on trouve à côté de ces institutions royales des établissements particuliers construits là où ont cru devoir les élever d'illustres ou de riches fondateurs, où ont voulu les placer les associations ou les corporations qui les ont fondés et qui les entretiennent à leurs frais ; ainsi, c'est aux environs de la synagogue que se trouvent placés les hôpitaux israélites de Berlin, de Vienne, de Hambourg, de Francfort, etc.

A Paris, la centralisation de l'Assistance publique nous place dans une situation toute différente ; une administration puissante centralise les ressources et répartit les secours ; elle n'a à consulter que les besoins du plus grand nombre et non des intérêts particuliers : sa tâche est par cela même plus facile ; mais devant à tous ses secours, elle doit les mettre à la portée de tous ; et il semble dès lors impossible, à Paris comme dans les autres capitales, de concilier ces deux indications : éloigner l'hôpital du centre des habitations ; le rapprocher

des malades qui viennent y chercher un asile dont ils ont parfois le plus urgent besoin. Cette difficulté n'est pas insurmontable, et j'espère vous démontrer que les grands hôpitaux nouveaux peuvent et doivent être reportés partout à l'extérieur des villes.

Les hôpitaux doivent être placés de manière à rendre les secours prompts et faciles ; ils doivent être répartis dans les différents centres d'agglomérations ouvrières : telle est la première objection qu'il me faut examiner.

Elle serait sans réplique, Messieurs, si tous les malades qui viennent réclamer les secours hospitaliers se trouvaient dans les conditions d'un malheureux victime d'un accident imprévu, atteint d'une fracture compliquée, d'une plaie grave, d'une hémorrhagie sérieuse, d'une inflammation aiguë de la poitrine ou des viscères abdominaux, etc. Il y aurait de graves inconvénients, il y aurait inhumanité, il y aurait même quelquefois danger pour sa vie, à faire parcourir à ce malade un long trajet avant de lui ouvrir l'asile qui doit le recevoir. Celui-là, nous devons le soigner, et, si nous pouvons, le guérir malgré les conditions fâcheuses que crée pour lui le voisinage des agglomérations urbaines, où les habitations, comme le dit le projet administratif, se disputent l'air et la lumière.

Mais tous les malades se trouvent-ils dans ces conditions? Non, Messieurs, et vous du moins, vous savez quels sont, à cet égard, les besoins réels de la population ouvrière. C'est à peine si un dixième de ceux auxquels les hôpitaux donnent asile se trouve dans ces conditions d'urgence. Sans doute, en chirurgie, l'urgence est quelquefois absolue; mais c'est aussi en chirurgie que cette absence d'urgence dans les secours se montre le plus souvent et au plus haut degré. Quel inconvénient peut-il y avoir à diriger vers un hôpital éloigné, fût-il hors de la ville, le malade atteint d'affections oculaires, de nécroses anciennes, de tumeurs qu'il porte depuis des mois ou des années? car celui-là quitte souvent son travail pour venir nous demander conseil, et il y retourne jusqu'au jour où il lui convient de se faire opérer. Pour lui, l'heure du danger peut être reculée avec l'opération. Mais quand après l'opération le danger est venu, combien n'est-il pas aggravé par le séjour dans un hôpital trop central? Diminuer pour les malades les périls des opérations que nous devons leur faire subir, les soustraire aux inconvénients si graves des hôpitaux placés au centre des cités, faire autant que possible pour le pauvre ce que vous faites, Messieurs, avec la raison que donne l'expérience, pour les malades plus favorisés de la fortune et que vous opérez à Versailles, à Saint-Germain, enfin hors Paris, c'est une nécessité d'hygiène, c'est une loi d'humanité.

Il est donc désirable d'avoir dans les grandes villes, et surtout à Paris, où l'assistance publique se trouve centralisée, deux espèces d'hôpitaux ; les uns, que j'appellerais volontiers *hôpitaux de secours*, seraient répartis, suivant les besoins, dans les quartiers populeux. Renfermant, suivant l'importance de la population circonvoisine, 80, 100, et s'il le faut même, mais exceptionnellement, 150 lits, constituant un service de chirurgie, un ou deux services de médecine ; destinés le plus souvent à des maladies graves, leur disposition intérieure sera différente de celle des autres hôpitaux, et les petites salles d'un ou deux lits seront les plus nombreuses.

Les autres, véritables hôpitaux généraux, seraient placés à l'extérieur des villes : pouvant, sans d'excessives dépenses, s'étendre sur une vaste étendue de terrain, ils pourront renfermer quatre cents malades, répartis dans des bâtiments isolés et éloignés les uns des autres. La disposition intérieure de ces bâtiments variera avec leur destination à la médecine ou à la chirurgie, aux affections contagieuses, aux grands opérés, etc., et l'hôpital ainsi construit pourra, dans de vastes jardins, contenir ce que nous voyons aujourd'hui institué et établi avec tant d'avantages à Saint-Pétersbourg, à Moscou, à Leipzig, à Berlin, des hôpitaux d'été.

Une seconde objection se présente tout d'abord. Comment transporter les malades du centre d'une grande ville dans des hôpitaux placés à une certaine distance hors de ses murs ?

Il ne faudrait pas s'exagérer cette difficulté, même s'il s'agissait de transporter dans ces hôpitaux tous les malades, quelle que puisse être leur maladie. Nos collègues militaires savent mieux que nous que le nombre des blessés, et non leur qualité, fait, après une bataille, la principale difficulté du transport. Cette difficulté diminue avec les nouveaux perfectionnements apportés aux ambulances, et j'ai pu voir, il y a quelques mois, au siége de Duppel, avec quelle facilité on pouvait, grâce au brancard à roues des chevaliers de Saint-Jean de Jérusalem, transporter à plusieurs lieues de distance les blessés les plus graves.

En 1859, chargé de conduire de Milan à Vérone, pour les rendre à leurs compatriotes, des Autrichiens blessés et prisonniers, j'ai pu voir aussi quelle ressource immense nous offraient à cet égard les chemins de fer, qui longent toujours et entourent quelquefois les grandes villes. A Paris, n'aurions-nous pas d'ailleurs une autre ressource, si nos futurs hôpitaux étaient placés en dehors de la ville, près des bords de la Seine ? Ne pourrions-nous pas, avec un seul petit bateau à vapeur d'un entretien peu coûteux, y transporter rapidement et sans secousses nos malades, y transporter même quelquefois leurs

familles? Enfin, il me faut bien faire remarquer que l'hôpital de secours devant recevoir les malades peu transportables, ceux qui seraient dirigés sur les hôpitaux généraux se trouveraient dans une situation analogue à ceux que l'administration dirige chaque jour sur les asiles de Vincennes et du Vésinet. Il n'y a donc, de ce côté, aucune objection sérieuse.

Le troisième argument présenté à l'appui de l'opinion qui s'oppose à l'éloignement des établissements hospitaliers, est basé sur la nécessité de ne pas *priver le malade de la consolation que lui apporte la visite de sa famille, et de ne pas forcer l'ouvrier à perdre une journée tout entière pour aller loin de sa demeure à l'hôpital où se trouve sa femme ou bien l'un de ses enfants.* Cette objection a déjà été faite par l'honorable M. Davenne, dans la discussion à l'Académie de médecine, et elle aurait pour moi une très-grande valeur si je n'envisageais que son côté moral et affectif. Ennemi de la substitution de l'État à l'individu, convaincu que le progrès pour les classes ouvrières réside dans la substitution de la famille à l'Etat, de l'initiative individuelle et de la solidarité à la protection, de l'émancipation par le travail et la prévoyance aux secours de la charité officielle, j'appelle de tous mes vœux le jour où l'hôpital sera pour l'ouvrier une ressource exceptionnelle, le jour où l'assistance à domicile, remplaçant pour lui l'assistance hospitalière, relèvera le sentiment de sa dignité, lui fera mieux comprendre les droits et les devoirs de la famille; car il comprendra mieux alors ses devoirs et ses droits d'homme et de citoyen. Aussi, tout en sachant que les secours à domicile tels qu'ils sont établis aujourd'hui demandent quelques réformes, ils n'en constituent pas moins pour l'administration de l'Assistance publique un titre à la reconnaissance des classes ouvrières, un droit à nos éloges, et je suis heureux de pouvoir les lui adresser de grand cœur.

Aujourd'hui malheureusement l'hôpital est et sera longtemps encore une nécessité sociale, et ce que nous devons chercher, c'est à en diminuer les inconvénients. Quant à l'objection que j'examine, je pourrais y répondre d'une manière générale en disant : L'objet de l'hôpital est avant tout de guérir le malade, et, sans nier l'influence du moral sur le physique, entre deux maux il faut choisir le moindre : il vaut mieux rendre les visites des parents plus rares ou plus difficiles si nous avons en échange l'espoir plus fondé de rendre guéri à sa famille, après l'en avoir momentanément éloigné, un malade qui aurait peut-être succombé s'il eût été soigné dans un hôpital central.

Cette objection, déjà faite si souvent, est-elle fondée pour Paris, même dans l'état actuel des choses, même pour l'Hôtel-Dieu tel qu'il existe? Non, Messieurs. J'ai voulu savoir à quoi m'en tenir à cet

égard, et j'ai relevé l'indication de l'arrondissement habité par un certain nombre de malades pris au hasard. Mon enquête, faite le 17 août dernier, a porté sur les 72 malades couchés ce jour-là salle Sainte-Jeanne, à l'Hôtel-Dieu, et ils se répartissent sous ce rapport de la manière suivante :

Domiciliés dans le	1er	arrondissement,	6	malades.
—	2e	—	5	»
—	3e	—	6	»
—	4e	—	8	»
—	5e	—	7	»
—	6e	—	4	»
—	7e et 8e	—	0	»
—	9e	—	1	»
—	10e	—	7	»
—	11e	—	4	»
—	12e	—	2	»
—	13e	—	1	»
—	14e	—	2	»
—	15e	—	1	»
—	16e	—	1	»
—	17e	—	2	»
—	18e	—	3	»
—	19e	—	2	»
—	20e	—	6	»
Domiciliés dans la banlieue,			3	»
Venant de la province,			1	»
			72	malades.

Comme on le voit, plus de la moitié de ces malades appartenaient à des arrondissements éloignés et se trouvaient par conséquent loin de leurs familles. D'ailleurs ne savons-nous pas à quoi nous en tenir à cet égard? Vous connaissez les odyssées de nos malades : celui-ci vient de la barrière Fontainebleau à la Pitié demander un lit au médecin chargé de la consultation; faute de place dans l'hôpital, il va au Bureau central, qui le dirige sur Beaujon; tandis que dans le même temps un malade venu de Montmartre accomplit en sens inverse une pérégrination pareille qui le mène à la Pitié. Ces deux malades, on en conviendra, ne sont guère placés près de leurs familles, dont les visites du reste ne sont permises que le jeudi et le dimanche d'une heure à trois heures, sauf le cas de maladie très-grave. Restons donc dans la vérité des choses; gardons-nous des exagérations, et tout en reconnaissant l'inconvénient de l'éloignement des hôpitaux, sachons

reconnaître quels avantages bien autrement sérieux lui servent de compensation puissante.

Il est une troisième objection que ne feront ni les malades ni les administrateurs, mais que vous ne manquerez pas de faire, et je dois y répondre d'avance : *Un hôpital situé hors des grandes villes impose au médecin et à ses aides des déplacements considérables.*

Je pourrais répondre à cette objection que l'hôpital est fait pour le malade et non pour le médecin. Si l'hôpital de Gœttingue fut placé par le roi de Prusse dans une assez mauvaise situation, mais près de la maison du vénérable Langenbeck, c'est un acte de déférence envers l'âge et la science qui honore celui qui en fut l'objet ; c'est une conduite qu'il ne faudrait pas imiter, mais c'est un danger que ne nous fait pas redouter la manière dont la France honore ses illustrations médicales.

Cette objection, du reste, n'existe pas pour les hôpitaux étrangers. En Angleterre, en Suisse, en Hollande, en Italie, en Prusse, en Russie, dans les États allemands, partout enfin, sauf en France et en Belgique, les médecins sont presque toujours chargés de la direction immédiate des hôpitaux ; ils y habitent pour la plupart, et la situation matérielle qui leur est faite permet ainsi à quelques-uns de se consacrer uniquement au service des malades, au culte de la science ; ils peuvent ainsi ne demander qu'à l'étude ce que nous sommes obligés de demander à l'exercice de la profession, en France où l'on trouve juste d'invoquer au nom de l'humanité, pour les médecins, mais non pour les administrateurs, la gratuité des services. Cette différence profonde m'a vivement frappé dans mes études sur les hôpitaux étrangers ; et si je puis dire avec orgueil : On trouve en Europe de glorieuses individualités, mais on n'y trouve nulle part un ensemble de médecins aussi habiles, aussi expérimentés dans la pratique de l'art que le corps des médecins des hôpitaux de Paris, je dis avec tristesse, mais avec la même conviction : C'est à l'obligation où nous sommes de sacrifier l'étude désintéressée de la science à la nécessité de l'exercice de la profession, que j'attribue l'existence en Angleterre, en Allemagne, d'un plus grand nombre d'individualités, de publications et de travaux scientifiques ; que j'attribue enfin notre infériorité naissante à l'égard des sciences qui ne s'appliquent pas directement au traitement des malades.

La création des hôpitaux généraux tels que je les conçois, tels qu'ils fonctionnent ailleurs, permettrait ainsi à quelques vrais savants, préférant à la recherche de la richesse celle de la vérité, de se dévouer uniquement au culte de la science, au soin des malades reçus dans l'hôpital ; comme eux, leurs élèves devraient y avoir leur demeure,

et l'on pourrait difficilement opposer à ces observations des objections purement pécuniaires; il n'est pas besoin dans un hôpital consacré uniquement à la guérison des malades du nombreux état-major qui entoure trop souvent sans utilité les lits de nos hôpitaux, et ceci me conduit, Messieurs, à examiner cette dernière objection : *L'instruction qu'offre l'hôpital ne doit pas être perdue pour les élèves, et les grands hôpitaux devant renfermer les cliniques ne peuvent sans inconvénients être éloignés du centre.*

Quel est à cet égard l'état des choses dans les grandes capitales de l'Europe ?

Londres avec son organisation spéciale a presque autant d'écoles de médecine que d'hôpitaux généraux; ceux-ci se trouvant disséminés dans des quartiers très-divers, il n'existe pas de centre d'étude; il n'y existe pas, si vous me permettez le mot, de quartier Latin.

A Berlin, à Vienne, à Pétersbourg, les choses sont toutes différentes, et la concentration y est portée aussi loin que possible.

A Berlin, le grand hôpital de la Charité, renfermant presque toutes les cliniques de médecine, de chirurgie, d'accouchement, d'aliénation mentale, et de plus l'amphithéâtre dans lequel Virchow fait ses cours d'anatomie pathologique, est situé à une des extrémités de la ville, et c'est dans des rues voisines que se trouvent la clinique chirurgicale de Langenbeck et la clinique libre de Von Græfe.

A Vienne, le trop grand Hôpital général, placé également dans un des faubourgs de la ville, concentre les cliniques médicales et chirurgicales de Skoda, d'Oppolzer, de Schuh, de Dumreicher, la clinique ophthalmologique d'Arlt, la clinique d'accouchement et de gynécologie de Braun, des maladies de la peau et de syphilis des professeurs Hébra et Sigmund; les cours de Rokitanski se font dans le magnifique bâtiment consacré à l'étude de l'anatomie et de la chimie pathologique; dans les environs immédiats se trouvent l'asile des aliénés, l'hôpital des enfants Sainte-Anne, l'hôpital militaire, l'Académie Joséphine, etc. Malheureusement l'Hôpital général de Vienne, élevé en 1784 par Joseph II, renferme plus de deux mille malades; c'est pour moi un des hôpitaux de l'Europe le plus défectueux, et il peut montrer que si son impérial fondateur connaissait l'art de gouverner les peuples, il ne connaissait guère l'hygiène hospitalière.

La Charité de Berlin renferme 1,100 malades, l'hôpital de Vienne en renferme le double; nous ne prendrons, sous ce rapport, nos modèles ni à Vienne ni à Berlin.

A St-Pétersbourg, c'est tout à fait en dehors de la ville et de l'autre côté de la Néva que se trouve l'Académie médico-chirurgicale, le plus grandiose, le plus splendide établissement d'instruction médicale

qui existe au monde, renfermant des cliniques de médecine, de chirurgie, d'accouchement, de maladies des femmes et des enfants, d'aliénation mentale, de médecine légale; des écoles pratiques d'anatomie; de chimie, de pharmacie; mais tout cela placé isolément, au milieu d'immenses jardins, et couvrant une superficie de plusieurs kilomètres.

M. Le Fort pose ensuite en principe la séparation des hôpitaux généraux dépendant de l'Assistance publique et des hôpitaux d'instruction. Il est d'avis que, dans les grandes villes, il est bon de construire au centre des hôpitaux de secours contenant un petit nombre de lits et composés d'un bâtiment unique renfermant des salles de traitement externe; que des hôpitaux de 350 à 450 lits devraient être construits hors des villes pour les malades dont l'état n'exige pas des soins immédiats; enfin, qu'il faudrait créer un hôpital d'enseignement clinique.

Appliquant à Paris les données précédentes, l'orateur commence d'abord par établir qu'on pourrait construire pour les malades infirmes ou atteints d'affections chroniques des établissements analogues aux *workhouses* des Anglais. Les véritables malades, pense M. Le Fort, seraient admis dans des hôpitaux de secours établis dans chaque arrondissement, auxquels serait relié le service du bureau de bienfaisance, tandis que les hôpitaux généraux seraient placés à la circonférence de Paris; enfin, le grand hôpital d'enseignement, de 450 à 500 lits spécialement destinés à l'enseignement, serait placé dans un lieu convenable, dont la situation se rapprocherait le plus possible des conditions de la campagne.

Théoriquement et pratiquement, la question de l'emplacement des hôpitaux se rattache intimement à celle des dimensions qu'il doit avoir, de la population qu'il doit abriter. Il ne faut plus que notre siècle voie s'élever de ces hôpitaux de 1,000 à 1,200 malades, à moins qu'on ne puisse, comme à Saint-Pétersbourg, isoler à tel point les différents services que l'hôpital occupe une superficie de plusieurs kilomètres. Cette condition d'isolement peut seule justifier des hôpitaux de 500 à 600 malades; mais elle entraîne la nécessité de tels emplacements qu'on ne peut guère les trouver qu'à l'extérieur des villes, et au prix de grands sacrifices pécuniaires. L'étendue du terrain choisi doit s'accroître en effet non proportionnellement, mais suivant une progression que j'exprimerai par les chiffres 1, 3, 6, 10, 15, 21, 28, 36, ce qui donnerait comme minimum de superficie, pour un hôpital de 100 malades, 2,500 mètres; — 200, 7,500; — 300, 15,000; — 400, 20,000; — 500, 37,500; — 600, 52,500; — 700, 70,000; — 800, 100,000.

Les résultats statistiques de la mortalité après les amputations peuvent encore nous montrer que l'influence fâcheuse de l'agglomération des malades sur un même point croît avec le chiffre des lits que renferme l'hôpital. Ce n'est pas tout qu'un hôpital soit largement isolé des habitations voisines, il faut encore que les bâtiments qui le composent soient fort éloignés les uns des autres, qu'ils constituent en quelque sorte comme autant d'hôpitaux. C'est ce que n'ont pas compris ceux qui ont élevé Lariboisière, Saint-Jean à Bruxelles, ceux qui terminent en ce moment l'hôpital Rudolph à Vienne.

Cette influence de l'agglomération des malades dans un centre restreint apparaît dans tout son jour dans la statistique suivante, dont je trouve également les éléments dans le *Blue book* de 1864 et dans les statistiques antérieurement publiées de Guy's hospital et de l'infirmerie de Glasgow. Cette statistique porte sur 57 hôpitaux d'Angleterre et sur 2,528 amputations; je l'ai établie pour les amputations de la cuisse et de la jambe, suivant la quantité de lits que renferme chacun d'eux; en les divisant en quatre classes, les chiffres suivants résultent de ce rapprochement :

	MORTALITÉ POUR 100 AMPUTÉS.	
	Cuisse.	Jambe.
Hôpitaux n'excédant pas 100 malades. . . .	25,3	17,7
— renfermant de 100 à 200 malades. .	30,7	19,2
— — 200 à 400 malades. .	37,5	22,4
— — 400 malades et au delà.	40,0	32,1
Hôpitaux de Paris, 1861.	74	70

Cette influence, déjà si visible, apparaîtra encore davantage si nous rendons notre comparaison plus exacte encore en ne prenant pour exemple que des amputations faites pour causes pathologiques, moins variables dans leur gravité que les causes traumatiques. L'amputation de la cuisse pour cause pathologique a donné dans les hôpitaux d'Angleterre déjà cités les résultats suivants :

	Mortalité pour 100.
Hôpitaux n'excédant pas 100 malades.	6,6
— renfermant de 100 à 200.	20,2
— — 200 à 400.	24,0
— — 400 malades et au delà. .	35,9

On ne saurait ici invoquer cette fin de non-recevoir si exagérée, si souvent reproduite, basée sur la différence des races, sur l'infériorité physique et morale de la race française sur la race anglaise, triste argument qu'invoquent trop souvent les adversaires de nos recherches statistiques, car la comparaison ne porte cette fois que sur des

établissemonts placés en Angleterre, et les différences individuelles s'effaceraient du reste devant le chiffre des hôpitaux (57) et le nombre des amputations (2,528).

Je n'insiste pas plus sur les avantages et les inconvénients des petits et des grands hôpitaux, sur leurs dimensions et sur le chiffre do leur population; car si un architecte, un ingénieur, un administrateur ne voient dans toutes ces questions qu'une certaine quantité de mètres cubes d'air à donner ou à souffler à chaque malade, il y a longtemps que vous, Messieurs, qui savez ce que c'est qu'un malade et un hôpital, vous avez condamné les grands hôpitaux.

Il me reste à examiner maintenant quelle doit être la situation topographique des hôpitaux; je serai bref sur ce point, car le problème se représente avec des conditions spéciales pour chaque hôpital en particulier, pour chaque ville, pour chaque pays. Cependant on peut dire qu'il faut autant que possible placer l'hôpital dans un lieu découvert, vers le haut des collines plutôt que dans les plaines, dans les plaines plutôt que dans les vallées. On peut se rapprocher des fleuves quand leur eau est limpide, leur cours rapide, surtout quand on peut placer l'hôpital sur une colline voisine de leurs bords; on doit au contraire s'éloigner des rivières où l'eau peu profonde, peu rapide, est fréquemment chargée de détritus organiques en voie de décomposition. Il faut rechercher les terrains granitiques, siliceux ou calcaires, éviter les terrains marécageux, bas ou humides, les terrains d'alluvion, et surtout les îles, lorsque celles-ci ne sont pas toutefois assez larges pour constituer un petit continent. Il faut abriter l'hôpital des vents du nord, l'exposer à la bienfaisante influence du sud, chercher pour lui l'aération, mais le mettre à l'abri des courants d'air violents.

Ce que je viens de dire peut déjà vous faire pressentir quelle est mon opinion quant à la valeur hygiénique de l'emplacement choisi pour le futur Hôtel-Dieu. Il réunit à peu près toutes les conditions mauvaises. Le sol est un terrain humide et bas, qui n'a dû son exhaussement qu'à l'accumulation des débris et des usines de plusieurs siècles, où se sont infiltrées les déjections de toutes les générations parisiennes, où s'infiltrent les eaux de la Seine. Vous avez pu voir ce qui existe en jetant un coup d'œil sur les travaux faits pour creuser les fondations d'une nouvelle caserne, et vous avez pu constater en même temps à quelle profondeur et au prix de quelles dépenses il faut aller chercher la base solide d'un puissant édifice.

La Cité est au fond de cette vallée dans laquelle coule à cet endroit la Seine; largement ouverte du côté du nord, la partie désignée pour l'Hôtel-Dieu est au contraire soustraite à la chaude et bienfaisante influence du sud, au loin par la montagne Sainte-Geneviève, et c'est

matériellement cette fois que Notre-Dame la couvrira de son ombre ; cette disposition rend fâcheux le voisinage trop immédiat du fleuve qui la circonscrit et qui la baigne chaque soir d'une atmosphère humide.

Mais si l'emplacement choisi n'a pas une aération suffisante malgré les larges rues dont l'entoure le projet, il sera en revanche exposé aux bourrasques et plongé, comme la Cité, dans les courants d'air violents qui sillonnent les fleuves encaissés dans des vallées ou couverts sur leurs bords de deux rangées de maisons et d'édifices élevés.

L'emplacement choisi fût-il bon au point de vue de l'hygiène, il serait encore détestable au point de vue de l'économie hospitalière. Ce qui fait la supériorité des études médicales, mais ce qui fait aussi leur difficulté, c'est qu'elles comprennent les sujets qui sembleraient au premier abord devoir leur être toujours étrangers ; la question du prix de revient des hôpitaux appartient à l'hygiène hospitalière, comme l'ont très-bien compris tous ceux qui se sont occupés de la question. J'ai montré il y a deux ans à quel prix modique revenait en Angleterre un lit d'hôpital : 1,500 fr. à Glasgow, 4,000 fr. à Londres. Je serai bref aujourd'hui sur ce point ; mais je ne puis taire ce principe, qui certainement est le vôtre : Que le premier devoir de toute administration hospitalière est de soulager avec une somme fixée le plus grand nombre d'infortunes possible. Serait-ce suivre ce principe que de construire un hôpital où chaque lit reviendrait au moins à 30,000 fr., coûterait, en dehors du prix de l'entretien et de la nourriture des malades, 1,500 fr. de loyer annuel ? Ne serait-ce pas une déplorable et impardonnable dérision que de voir un lit d'hôpital coûter aussi cher de loyer qu'un appartement à Paris avec salon, salle à manger, chambre à coucher et cuisine ? Un tel projet exécuté avec le bien du pauvre, ou même avec l'argent qui pourrait être employé à soulager plus efficacement ses misères, serait une faute grave.

D'ailleurs, les raisons données par l'administration municipale n'ont aucune valeur pour ceux qui connaissent de près, comme vous les connaissez, les besoins de la population indigente de Paris.

L'ombre de Notre-Dame qu'on invoque est une raison toute de sentiment qui peut avoir sa valeur pour beaucoup d'institutions, mais qui ne saurait être invoquée dans le domaine tout matériel des choses de l'hygiène.

Le Bureau central, très-utile par les consultations, où l'on donne des conseils, mais surtout des appareils aux malades atteints de hernies, de varices, d'affections utérines, de déviation de la taille et des membres, est, au point de vue de la répartition des malades, d'une utilité au moins contestable, aujourd'hui que l'électricité peut mettre

tous nos hôpitaux en communication directe les uns avec les autres.

L'espace choisi par l'administration municipale ne pourrait, sans compromettre gravement leur vie, renfermer plus de 400 malades, et le quartier de la Cité n'a guère besoin d'un grand hôpital, puisque, suivant toute apparence, la vieille Cité de Paris, concentrant dans son enceinte vide de ses citoyens tout ce qui représente les derniers progrès de la civilisation moderne, ne renfermera bientôt plus que la préfecture de police, le Palais de justice, une église, le tribunal de commerce, des prisons, la Morgue et quelques casernes.

La partie de Paris qui l'avoisine n'aurait guère besoin que d'un hôpital de secours, et l'emplacement occupé actuellement par les bâtiments de l'Hôtel-Dieu consacrés au service des femmes me paraît pouvoir être utilement employé à cet usage : quoique à peu de distance de l'endroit choisi par l'administration, ses conditions hygiéniques, sans être tout à fait à l'abri de la critique, sont toutes différentes et suffisamment bonnes. Un bâtiment unique, séparé de la Seine par des jardins, grâce à la suppression d'une rue devenue inutile, pourrait être construit presque sur l'emplacement actuel et renfermer 100 malades.

Il resterait, il est vrai, à créer un nouvel Hôtel-Dieu. Hôpital général, je voudrais le voir placé au dehors de Paris, près des bords de la Seine, dans les environs du bois de Vincennes ou de l'ancien parc de Bercy ; hôpital d'instruction, je voudrais voir reprendre pour lui, *mais par l'Etat*, le projet de déplacement et de reconstruction de la Faculté de médecine, et je ne puis m'empêcher de regretter qu'on ait employé à d'autres usages l'emplacement de l'île Louviers. Là, sur les bords de la Seine, dont l'eau, encore pure de souillures, coule claire et rapide ; exposé de toute part et sans obstacles aux salutaires rayons du soleil, sur un sol sec et salubre, à l'abri des courants d'air violents qui règnent peu sur un terrain découvert, ayant en face de lui les vastes jardins du Muséum, suffisamment éloigné des habitations par le grenier d'abondance et les terrains de la Bastille, on eût pu placer avec peu de frais un grand hôpital, soit général, soit d'instruction, dans des conditions presque aussi bonnes qu'à l'extérieur de Paris.

Quant au projet de l'administration municipale, je le trouve injustifiable et dangereux : injustifiable, car on ne peut invoquer aucune raison suffisante pour autoriser la création d'un hôpital de six cents lits au centre de la Cité ; injustifiable, car avec l'argent que coûterait un Hôtel-Dieu malsain et meurtrier, il est facile de créer au dehors de Paris quatre hôpitaux de quatre cents lits chacun ; dangereux, car il mettrait en péril la vie des malades ; dangereux, parce qu'en

l'exécutant malgré l'avis contraire du corps médical, l'administration municipale assumerait sur elle la lourde responsabilité d'une mortalité qui serait son œuvre et qui, portant sur le pauvre, ne fait pas seulement couler des larmes, mais fait encore asseoir à son foyer le désespoir, la misère et la faim.

M. GIRALDÈS. Je ne veux établir aucun parallèle entre l'organisation nosocomiale et d'assistance publique des divers pays; je veux m'adresser directement au problème à résoudre : la construction de l'Hôtel-Dieu. Cette question, profondément débattue au siècle dernier, a été le point de départ des travaux remarquables de Bailly et de Tenon. J'emprunterai à ces maîtres et aux travaux de sir Joseph Pringle, Iberti, Duchanoy, les objections qui me paraissent pouvoir être faites au plan proposé par l'administration. Connaissant très-imparfaitement les détails du plan, je ne peux m'adresser qu'aux points généraux.

Un plan d'hôpital n'est pas chose aisée. On ne le fait pas comme on fait une épure d'architecture. Pour concevoir et réaliser un plan acceptable, il faut des connaissances étendues en physique et en hygiène; il faut de plus être parfaitement renseigné sur les servitudes de ces établissements. Cette entente manque généralement, et lorsqu'on trouve les architectes en défaut quand il s'agit de construire un amphithéâtre pour des opérations, on peut bien dire qu'ils ne sont pas préparés pour faire un plan d'hôpital.

Dans une entreprise aussi complexe, on se conduit souvent comme s'il s'agissait de faire le plan d'un grand hôtel, et on élimine trop facilement un des termes les plus importants de l'équation à résoudre, le *malade*. On oublie encore des points tellement élémentaires, que, ainsi que l'a dit avec beaucoup de raison M. Trélat, ils sont presque une banalité. Or, ces trois points élémentaires dans le plan de l'Hôtel-Dieu donnent prise à de sérieuses objections. Ces trois points sont : la *position*, la *configuration*, la *capacité* de l'édifice.

La position. Outre la nature du sol, l'orientation d'un hôpital demande une sérieuse attention. La position d'un hôpital doit être telle que, dans toute saison, il soit le plus possible baigné par le soleil et balayé par le vent et la pluie. Iberti insistait beaucoup en 1788 sur cette condition. L'importance, la nécessité d'une bonne aération trouvent une pleine confirmation dans les faits bien connus et souvent cités des blessés de 1814, placés avec grand avantage dans les abattoirs de Paris. Mais longtemps avant, en 1744, sir Joseph Pringle, et en 1758, Brockeleby, avaient signalé la nécessité d'une bonne et complète ventilation. Pringle considérait le mauvais air des salles d'un hôpital comme une cause de maladie et de mort. Il donnait le con-

seil, lors des épidémies, de placer les malades dans les églises, dans les maisons en démolition.

Brockeleby, en 1758, partage les mêmes idées. Se trouvant dans l'impossibilité de se procurer des maisons pour ses malades, il proposa d'élever des cabanes près de la forêt, couvertes de chaume, assez spacieuses pour loger 120 malades, et quoique le temps fût vif et froid, les malades guérirent plus vite que ceux qui étaient dans les hôpitaux et même dans les châteaux.

L'emplacement du nouvel hôpital, exposé au nord, couvert d'un côté par Notre-Dame et par des constructions d'un autre genre, se trouvera du côté de l'ouest abrité par le Tribunal de commerce, le Palais de justice et la grande caserne de gendarmerie. Il sera donc situé dans un point que le soleil déserte souvent, dans une ombre constante, exactement dans la même position où se trouvent les maisons du quai que le vulgaire appelle quai des Morfondus. Il échappe donc à cette condition importante et élémentaire d'être exposé au soleil, et par suite à une aération convenable. Ajoutez encore que les fondations placeront leurs assises peut-être sur un ancien cimetière.

Les diverses dispositions d'un hôpital sont en rapport avec le chiffre de la population qu'il doit contenir; ainsi, si on veut élever dans un espace donné un bâtiment pour contenir le plus de monde possible, on est obligé d'avoir recours à des artifices d'architecture, multiplier les ailes, accumuler étage sur étage, et donner à l'édifice une configuration qui, par la nature de ses dispositions, empêche la libre circulation de l'air et l'accès facile des rayons solaires.

Les divers plans adoptés dans la construction des hôpitaux sont : un simple rectangle, comme l'ancien hôpital Saint-Antoine; une disposition angulaire ou en équerre, comme l'infirmerie de Bristol, l'hôpital de Charing-Cross; la forme d'un double T, l'hôpital Saint-Georges; un carré, l'hôpital de la Charité; celle de corps de bâtiment ou de pavillons isolés, l'hôpital de Plymouth et Saint-Bartholomews de Londres.

Cette forme de pavillons isolés, ainsi que cela a été proposé dans le rapport de l'Académie, disposera les pavillons les uns derrière les autres, comme les pelotons d'un bataillon, forme adoptée à l'hôpital de Bordeaux, de Saint-Jean de Bruxelles et de Lariboisière. Enfin, il y a un autre plan conçu et exécuté par Bunel, les pavillons rayonnant autour d'une demi-circonférence et réunis par une galerie, réminiscence du plan de Petit; puis encore les pavillons alternes ou à échelons, comme à Blackburn.

Toutes ces dispositions ont été conçues dans le but d'isoler les ma-

lades, d'éviter l'encombrement des très-grandes salles, enfin de permettre à l'air et à la lumière un accès facile.

La forme des pavillons alternes ou en demi-cercle réalise beaucoup mieux cette double condition, mais elle exige une superficie de terrain trop grande. L'administration semble s'arrêter à celle de ces combinaisons qui répond le moins à cette donnée principale d'hygiène nosocomiale : avoir de l'air et du soleil. Voulant faire un grand hôpital, elle a été fatalement amenée à adopter cette disposition de pavillons placés les uns derrière les autres, en voulant élever dans un espace aussi insuffisant un hôpital pour sept ou huit cents lits. L'emplacement destiné au nouvel Hôtel-Dieu mesure 22,000 mètres, dont 15,000 seront affectés aux constructions de l'hôpital.

Dans cet espace, huit pavillons doivent être élevés, séparés chacun par un préau ou intervalle de 25 mètres de large sur 34 de long. Cet espace est insuffisant. Or, comme la largeur des préaux n'égale pas le double de la hauteur des bâtiments, il en résulte que ces préaux ne verront jamais le soleil. Ajoutez encore que le premier pavillon, placé près de la rivière, servira d'écran aux autres, qui se couvriront mutuellement comme une colonne de troupes, et empêcheront toute aération. La ligne, l'axe des pavillons tournés du côté est et ouest, servira pour ainsi dire de brise-lame, et l'air canalisé dans les étroits préaux y établira des courants trop rapides et nuisibles aux malades. D'ailleurs, l'axe des salles des divers pavillons, au lieu de se trouver sur le plan du méridien, est placé en sens contraire, disposition nuisible à une bonne aération. La disposition de pavillons se couvrant mutuellement comme des capucins de cartes, suivant l'heureuse expression de notre collègue M. Trélat, interceptant l'air et le soleil, me paraît une forme très-vicieuse. Dans un espace aussi restreint, la forme rectangulaire, c'est-à-dire deux grands rectangles parallèles, à grande distance, mais réunis par uno galerie transversale de communication ne dépassant pas le premier étage, me paraît être la forme qui réaliserait le mieux ces *desiderata* d'un hôpital bien aéré et bien exposé.

La capacité d'un hôpital demande une sérieuse attention. Le chiffro de la population qu'on veut y loger domine complétement la forme à donner à l'édifice. A l'époque où on voulait faire des hôpitaux pour 1500 et 2,000 malades, on avait imaginé ces combinaisons complexes dont les plans de l'architecte Poret, d'Antoine Petit et d'Iberti nous fournissent des exemples. Comme il s'agissait de réunir beaucoup de malades et d'éviter autant que possible la mauvaise ventilation, on était fatalement forcé d'avoir recours à ces

combinaisons multiples. Mais il est généralement reconnu aujourd'hui qu'on doit éviter ces grandes agglomérations.

Le nouvel Hôtel-Dieu ne dispose que d'une superficie de construction égale à 15,000 mètres, et comme l'administration municipale voulait un grand hôpital, l'administration des hôpitaux a été malheureusement conduite à accepter la forme des pavillons multiples placés les uns derrière les autres. L'auteur du plan a été amené à disposer les salles d'une manière vicieuse.

Une salle de malades n'est pas un dortoir. Elle exige une capacité plus grande, des dispositions différentes. Le percement doit être soigneusement étudié et combiné de façon qu'il puisse favoriser la ventilation et fournir une aération complète des salles. Si on examine l'espacement nécessaire à chaque lit et les diverses servitudes, on est obligé de convenir que pour échapper aux reproches énergiquement formulés par Pringle, Pouteau et Blisard, et éviter les inconvénients si judicieusement indiqués par Duchanoy, on est forcé d'abandonner le chiffre de sept ou huit cents lits, et on est conduit à adopter le chiffre de trois cent cinquante à quatre cents, comme permettant de mieux réaliser toutes les conditions hygiéniques indispensables à un bon hôpital. Pourquoi cette limite, minime en apparence? Depuis Pringle, il est démontré que l'air des salles d'hôpital est un élément très-nuisible aux malades, un élément toxique. L'air des salles constitue un milieu particulier, désigné par Roberton sous le nom d'atmosphère d'hôpital, et que je crois, pour en mieux faire apprécier les inconvénients, appeler *malaria nosocomiale.*

Pour se débarrasser de ce miasme, de cette *malaria*, on procède exactement comme si on voulait ventiler une salle de théâtre. Le chiffre d'acide carbonique fourni par l'expiration d'un homme adulte, dans un temps donné, est pris comme étalon, comme point de départ. On calcule ensuite combien il faut d'air pour ramener l'excès d'acide carbonique de l'atmosphère de la salle au chiffre normal; et après avoir trouvé 1500 ou 2,000 pieds cubes par heure et par malade, on ajoute généreusement 400 ou 500 pieds cubes en plus, on affirme que la ventilation est parfaite, on se donne un brevet de satisfaction et on croit avoir tout fait. Malheureusement les choses ne sont pas aussi simples. Ce n'est pas l'acide carbonique qui constitue l'élément le plus dangereux de cette atmosphère. L'air d'une salle de fiévreux, de varioleux, d'une salle de chirurgie, renferme, outre l'excès d'acide carbonique, des matières animales exhalées et très-putrescibles, des sporules végétaux, des globules purulents, des débris d'épithélium, des sulfures d'ammonium, de l'ammoniaque et autres produits des sécrétions morbides, le tout constituant un air essentiellement toxi-

que, susceptible d'altérer profondément les liquides de l'économie et de produire les accidents graves qu'on observe tous les jours. Dans une chambre dans laquelle avaient couché douze individus, le professeur Mapother a trouvé l'air trois fois plus vicié que celui d'une salle de dissection contenant neuf cadavres. Je vous laisse à supposer quelle sera la composition de l'air puisé dans une salle de fiévreux.

La nécessité d'une ventilation tendant à faire disparaître cet élément morbide est donc plus que démontrée. Depuis que la Maternité de Dublin a été régulièrement ventilée, la mortalité des nouveau-nés a diminué de beaucoup. Dans les vingt-cinq premières années de sa fondation, sur 17,650 enfants, 2,944 sont morts, et dans les vingt-cinq années qui ont suivi les mesures de ventilation adoptées, sur 57,072, 550 seulement ont succombé, c'est-à-dire 1 sur 104. M. Paget disait, il y a deux ans, qu'en fait de prophylaxie contre la pyoémie et les érysipèles, l'air, et de l'air frais et constamment renouvelé, était le seul efficace.

Les salles de l'Hôtel-Dieu doivent contenir 26 lits, plus une salle de 2 lits, une autre de 6 lits; ensemble, 34 lits. Les petites salles sont placées à l'extrémité des salles principales ; autant d'écrans pour empêcher la libre circulation de l'air, autant d'angles créés, autant d'obstacles opposés à une aération complète.

Pour compliquer les choses, on a ajouté un service d'accouchements : quatre salles de 10 lits chacune. Cette mesure est une faute au premier chef. C'est ajouter un danger à un autre danger; c'est accumuler à plaisir des foyers d'infection.

Dans le but d'arriver à la ventilation des salles, ventilation qu'on paraît confondre avec aération, on aura recours à des appareils ventilateurs.

L'administration accorde trop de confiance à ces systèmes de propulsion de l'air, déjà employés ailleurs; elle paraît ne point se douter que l'air frais introduit par les portes et les fenêtres, par la ventilation naturelle, présente des conditions différentes et meilleures que celui qui est fourni par des engins propulseurs, et, dans le plan actuel, on néglige un peu trop les moyens naturels aidés d'appareils turbines, à bon marché, employés avec grand succès dans les maisons centrales de correction, pour donner une préférence marquée aux premiers.

Pour couronner l'œuvre, on a établi dans les combles des salles dites de réserve pour être utilisées dans certaines éventualités, ou même en cas d'épidémie. Cette conception n'est pas heureuse. Ces salles de réserve contribuent à donner à l'édifice plus de volume, et

elles ajoutent un élément de nature à diminuer la salubrité de l'hôpital.

L'administration désire faire de l'Hôtel-Dieu un hôpital modèle. Le plan actuel manque complétement le but. Un hôpital modèle doit avoir des salles de convalescents et des salles de rechange ; ces dernières, placées dans les mêmes conditions que les autres, ne doivent pas être des en cas, mais servir systématiquement à fonctionner alternativement. Un hôpital modèle ne doit pas dépasser 500 lits, 350 en activité, et 150 soumis pendant une année, après avoir fonctionné, à une aération continue, pour venir, après un temps donné, prendre la place des autres.

Pour me résumer, je dirai :

1° La forme de pavillons superposés adoptée dans le plan est mauvaise ; ces pavillons sont trop serrés, mal éclairés, mal aérés.

2° La position de l'hôpital, exposé au nord, est mauvaise, l'axe des pavillons se trouvant non dans le plan du méridien, mais perpendiculairo à ce plan.

3° La capacité de l'hôpital, 600 à 800 lits, est trop grande.

4° Enfin, j'ajouterai qu'au point de vue esthétique ces quatre pavillons, se profilant sur la principale voie qui conduit du parvis à l'hôtel de ville, n'offrent rien de gracieux ni d'artistique.

M. TRÉLAT. Je demande la parole pour fournir un renseignement à la Société. On sait qu'à Lariboisière les pavillons sont réunis par une galerie couverte qui ne s'élève qu'à la hauteur du premier étage. Dans le plan du nouvel Hôtel-Dieu, cette galerie est remplacée par une construction de même hauteur que les pavillons (lesquels sont plus haut que les maisons de Paris), se reliant à chacun d'eux et renfermant des salles et des pièces de service. Cette haute enceinte continue circonscrit une cour centrale longue, étroite et fermée de toutes parts.

On conçoit quelle peut être l'aération d'un pareil édifice ; au centre, une cour fermée de tous côtés, latéralement des cours fermées de trois côtés, des pavillons *isolés* qui sont réunis entre eux par des salles de malades !

Je l'ai dit et je ne me lasserai pas de le répéter : on ne peut triompher du défaut d'espace. Quand on veut contracter dans un terrain insuffisant un trop grand nombre de malades, on est forcément amené, quoi qu'on fasse, quelle que soit l'habileté déployée, à des dispositions aussi manifestement vicieuses que celles que je viens d'indiquer.

M. LE FORT. Dans une protestation que j'ai faite à propos de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu, j'ai signalé comme le plus mauvais parmi les hôpitaux que j'ai visités, l'hôpital Rudolph ; c'est précisé-

ment un plan presque analogue à celui de cet hôpital que l'on a choisi pour l'Hôtel-Dieu. Je retrouve dans les dispositions que nous indique M. Trélat presque toutes celles de l'hôpital Rudolph; ces mauvaises conditions sont même aggravées dans le plan de l'Hôtel-Dieu.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. GUYON soumet à l'examen de la Société un malade auquel il a réduit, quinze jours auparavant, une luxation complète du pouce en arrière. La réduction n'a pu être obtenue que par une manœuvre particulière que l'on trouvera décrite dans l'observation.

Luxation complète du pouce en arrière. Réduction. — Le nommé P..., âgé de dix-neuf ans, plumassier, entre le 1er octobre 1864, à la salle Sainte-Marthe, n° 73, à l'Hôtel-Dieu.

Le malade a fait une chute dans un escalier, le jour de son entrée à l'hôpital, à une heure de l'après-midi. Pour se retenir, il a vivement porté la main gauche en arrière; il ne se rappelle pas au juste si elle a rencontré les marches ou les barres de la balustrade, mais il a senti une douleur très-forte, et s'est aperçu en se relevant qu'il avait le pouce luxé. Un médecin a fait en ville quelques tentatives de réduction; n'ayant pas réussi, il a engagé le malade à se présenter à l'hôpital.

Examen du malade. — A première vue, il est facile de constater que la luxation est complète. Au toucher, on sent très-nettement, du côté de la face palmaire de la main, la saillie produite par la tête du métacarpien: l'extrémité de la première phalange forme du côté opposé une tumeur dont la présence donne lieu à une déformation notable. La peau est légèrement tendue à ce niveau. Les deux os chevauchent l'un sur l'autre; on peut évaluer à un centimètre et demi le raccourcissement qui en résulte.

Le pouce forme avec le métacarpien un angle obtus largement ouvert; la seconde phalange du doigt est fléchie sur la première presque à angle droit.

La pression et les mouvements transmis occasionnent une assez vive douleur; néanmoins, on peut constater que le pouce déplacé jouit d'une grande mobilité.

Autant qu'on en peut juger par la faible épaisseur des parties molles qui recouvrent la tête du métacarpien, il est probable que la boutonnière musculaire, admise comme si fréquente dans les luxations du pouce, existe dans le cas actuel; de plus, la mobilité du doigt permet de supposer que les ligaments ont été en grande partie déchirés.

Le jour de l'entrée du malade, on fait quelques tentatives de ré-

duction, selon différents procédés, mais elles ne changent rien à la situation. Les parties étant un peu tuméfiées et douloureuses, on se borne à faire faire des applications résolutives jusqu'au mardi 4 octobre.

M. Guyon fait endormir le malade; puis, saisissant le pouce avec une pince prenante de M. Charrière, il fait exercer une forte traction, pendant qu'il cherche à opérer la coaptation.

Cette première méthode n'ayant pas réussi, M. Guyon combine la flexion, la rotation en dedans ou en dehors, avec la traction; même résultat.

Tenant toujours le pouce avec la pince prenante, M. Guyon renverse complétement le pouce en arrière par l'extension forcée, fait glisser l'os de la phalange sur le métacarpien, jusqu'à ce que les surfaces articulaires soient au même niveau, et fléchit brusquement le pouce. Ce procédé ne réussit pas davantage. La réduction n'eut lieu que par le suivant.

M. Guyon avait remarqué que le renversement en arrière laissait les surfaces articulaires fort écartées l'une de l'autre, ce qui l'amena à essayer de renverser le pouce dans une autre direction.

Saisissant le pouce à pleine main, le chirurgien lui imprima d'abord un mouvement de rotation en dehors, de telle sorte que sa face palmaire regardât la face externe de l'index; puis il le renversa brusquement sur le bord externe du métacarpien.

Le résultat de cette manœuvre fut de prime abord satisfaisant, car les deux surfaces articulaires ne s'écartèrent pas l'une de l'autre.

Dans le second temps de la manœuvre, les surfaces articulaires furent amenées l'une vers l'autre par l'action simultanée des deux mains, la droite agissant sur le pouce, la gauche sur le métacarpien, et bientôt, lorsque la coaptation parut possible, le pouce fut vivement ramené dans la flexion vers la paume de la main et la luxation complétement réduite.

Ce succès était inespéré pour le chirurgien et les assistants; sans attacher à la théorie de cette réduction plus d'importance qu'il ne convient, voici comment M. Guyon a cru devoir expliquer ce succès :

La rotation en dehors et le renversement sur le bord externe du métacarpien changent les rapports des surfaces articulaires, et peut-être même opèrent le dégagement de la tête du métacarpien de la portion externe de la boutonnière musculaire. Ce dernier point ne pourrait être établi qu'expérimentalement, mais le changement opéré dans le rapport des surfaces articulaires mérite d'attirer l'attention. La phalange qui doit être ramenée en avant de la tête du métacar-

pien ne lui est plus présentée, en effet, selon le plus grand diamètre de cette tête, mais par l'une de ses extrémités. Or on connaît l'étendue en largeur de la tête métacarpienne, étendue augmentée encore par les deux saillies tranchantes qui la couronnent latéralement.

Dans les manœuvres habituellement employées, on cherche à franchir cet obstacle; dans la manœuvre particulière employée chez le sujet de cette observation, l'obstacle est tourné. La phalange est présentée de face à l'extrémité externe du métacarpien, et si, comme il est supposable, cette tête métacarpienne est en partie dégagée de la boutonnière musculaire, il est possible de comprendre comment la réduction a pu s'opérer chez notre sujet, et comment elle a été obtenue dans des cas où, à tout hasard, on a mis en usage la circumduction.

Après la réduction, le pouce a été maintenu couché dans la paume de la main, et dix jours après le malade quittait l'Hôtel-Dieu, conservant encore des traces d'une arthrite développée par les manœuvres de la réduction.

M. RICHET fait remarquer que la manœuvre employée par M. Guyon est la même que celle que Roux mit en usage avec succès chez un malade de M. Demarquay.

M. GUYON répond à M. Richet que sans doute il a été mal compris, car il a employé la rotation en dehors et le renversement du pouce sur le bord externe du métacarpien, sans la moindre extension, tandis que Roux imprima un mouvement de rotation en dedans et fléchit le pouce, sur lequel il faisait exercer en même temps des tractions avec la pince de M. Charrière.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Pour le secrétaire : F. GUYON.

Séance du 26 octobre 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — La *Gazette médicale de Strasbourg.* — Le *Journal de médecine de Bordeaux.* — Les numéros de septembre et d'octobre du *Bulletin médical du nord de la France.*

— M. Depaul fait hommage à la Société du rapport présenté à S. Exc. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics par l'Académie impériale de médecine sur les *vaccinations pratiquées en France pendant* 1862. — Le sujet de ce rapport et le nom de l'auteur donnent la mesure de l'importance de ce travail.

— M. Leroy (d'Etiolles) fils fait hommage à la Société de la seconde partie de son *Traité pratique de la gravelle et des calculs urinaires.*

— M. Foucher communique, de la part de M. le docteur Ivonneau (de Blois), une observation intitulée : *Résection de l'humérus fracturé comminutivement ; extraction complète de son extrémité huméro-cubitale ; commencement de reconstitution osseuse appréciable douze mois après l'opération.*

M. Foucher est chargé de rendre compte de cette observation.

— M. Jarjavay écrit au président de la Société pour lui demander l'échange de son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire. M. Jarjavay étant dans les conditions prescrites par le règlement, sa demande sera l'objet d'un prochain vote.

Hygiène hospitalière. — M. TRÉLAT communique une lettre de M. Martinenq, ancien chirurgien de 1re classe de la marine. La Société décide qu'un extrait de cette lettre sera publié.

« ... La proposition que vous venez de faire à la Société de chirurgie de mettre à l'ordre du jour l'étude des conditions de salubrité d'un hôpital m'a décidé à ne pas tarder davantage à vous faire connaître mes idées sur cette question importante entre toutes.

» La Société a raison, il y a urgence à traiter cette question. L'occasion est belle, et si on la laisse échapper, c'est fini, le mal fait le sera pour toujours.

» L'hygiène est une science vraie ou illusoire. Si elle est vraie, *la seule* des conditions de salubrité d'un hôpital est un air pur, *très-pur.* Cette condition obtenue, toutes les autres ne sont certainement pas inutiles, mais elles ne doivent être remplies que pour ne pas nuire à la principale. Faites que la pureté de l'air au milieu duquel vous bâtissez un hôpital *soit absolue,* et vous pourrez à la rigueur vous passer des autres. Observez scrupuleusement ces dernières et plongez un hôpital dans un air impur, ce sera à peu près comme si vous n'aviez rien fait pour la salubrité. Ce sera du temps et de l'argent perdus et incessamment renouvelés et perdus.

» Lorsque l'hygiène n'existait pas, on a pu bâtir des hôpitaux dans l'intérieur des villes. Depuis son avénement, cette manière de faire est la plus fâcheuse et la plus inconcevable absurdité qu'on puisse commettre.

» Les questions à traiter à ce propos se résument, ce me semble, en celles-ci :

» Faut-il un air *très-pur* à un hôpital ?

» La réponse ne saurait être douteuse : *Oui*, et d'autant plus pur qu'il est plus grand.

» L'air de Paris, l'air d'une réunion de près de 2 millions d'individus, est-il pur ?

» Qui osera dire oui ?

» Pourquoi donc bâtit-on des hôpitaux dans Paris ?

» Quel est le Parisien qui peut dire : Je respire un air qui n'a pas déjà été respiré par une... que dis-je, par cent autres personnes ?

» Que veut-on que soit l'air d'un hôpital placé dans une *atmosphère pestilentielle semblable?* (Le mot n'est pas de moi, mais de M. Pidoux.)

» Tout édifice construit pour être le centre d'un encombrement quelconque, devrait être placé loin des villes. Les chemins de fer permettent aujourd'hui ce qui eût été impossible jadis, sans nuire à l'économie, au service nosocomial et au devoir humanitaire à remplir ; non-seulement ils le permettent, mais ils rendent tout cela facile, économique, agréable et certain.

» Je crois remplir un devoir en vous écrivant ce que je pense ; ma conviction est profonde ; j'ose donc espérer que vous voudrez bien accepter mes observations et croire, etc. »

DISCUSSION.

Hygiène hospitalière.

M. **MARJOLIN** a la parole :

Messieurs,

Il y a deux ans, lorsque la question de l'hygiène des hôpitaux fut soulevée d'une manière incidente au sein de l'Académie de médecine, les faits graves qui se révélèrent dans le cours des débats eurent au dehors un tel retentissement que l'autorité supérieure et l'administration des hôpitaux s'empressèrent de nommer des commissions pour étudier les réformes les plus utiles à l'amélioration du système hospitalier. C'est probablement par suite des difficultés de la question que ces diverses commissions n'ont pu encore faire connaître au public le résultat si attendu de leurs travaux; mais comme aujourd'hui l'Hôtel-Dieu est à la veille d'être reconstruit, et qu'il est urgent, comme l'a dit notre honorable maître M. Velpeau, que le corps médical se hâte de formuler son opinion pour prévenir certaines mesures fâcheuses, il est du devoir de chacun de nous d'apporter dans cette discussion le résultat de ses études et de son expérience.

Tout d'abord qu'il me soit permis de remercier notre collègue M. Trélat de sa généreuse initiative, car peut-être sans le travail si consciencieux qu'il a soumis aux deux Sociétés de médecine et de chirurgie de Paris, les plans de reconstruction du nouvel Hôtel-Dieu auraient été adoptés sans aucune réclamation, et notre siècle, ce siècle de progrès, aurait laissé élever à grands frais un hôpital qui, malgré tous les enseignements du passé et les recherches modernes, eût été un modèle accompli d'insalubrité. Heureusement son appel a été entendu, et déjà dans la dernière séance, pendant près de deux heures, MM. Lefort et Giraldès ont su captiver votre attention par des discours dans lesquels ils ont exposé, avec autant d'élévation de pensée que de vérité dans les arguments, combien le projet de reconstruction de l'Hôtel-Dieu, tel qu'il semble devoir être adopté, est en opposition avec les données les plus élémentaires non-seulement de l'hygiène, mais même de l'utilité publique.

Nos deux collègues ont envisagé la question d'une manière différente, et il était bien difficile qu'il n'en fût pas ainsi; car, bien que dans cette circonstance elle semble limitée à ces deux points, l'emplacement et le nombre des lits de l'Hôtel-Dieu, il est presque impossible dans la discussion de ne pas aborder quelques autres considérations relatives à la situation actuelle de l'assistance hospitalière. Ne vous étonnez donc pas, Messieurs, si, malgré mon intention d'étudier surtout les deux principales propositions soumises à votre examen, je m'écarte parfois un peu des limites du sujet; ce ne sera, au reste, que dans l'intérêt des malades et pour le bien de la cause. Au risque même de tomber dans des redites, il m'arrivera de revenir sur des questions d'hygiène déjà soulevées; mais comme dans une discussion aussi importante il est des vérités qu'on ne saurait trop répéter, afin de porter la conviction dans l'esprit de ceux qui sont étrangers au sujet, je crois nécessaire de m'y arrêter encore quelques instants.

Après un siècle de nombreuses et justes réclamations, l'Hôtel-Dieu, miné par la main du temps, va être enfin reconstruit; il faudrait être bien ingrat pour contester au premier monument de la charité ses longs et immenses services, et il faudrait être aussi bien aveugle pour ne pas convenir que de tous les hôpitaux de Paris, c'est actuellement le plus incommode pour le service, pour la surveillance, en définitive celui de tous dans lequel il serait le plus impossible d'apporter, même au prix des plus grandes dépenses, la moindre amélioration réelle. Puisque son heure a sonné, saluons une dernière fois l'antique demeure où tant de douleurs vinrent demander un abri et un soulagement; une dernière fois, saluons cette noble enceinte où brillèrent tant d'illustrations, et unissons nos efforts pour qu'au lieu de ces

tristes ruines s'élève un édifice digne en tout de la volonté souveraine qui a voulu que la reconstruction de l'asile du pauvre devançât celle du temple des arts et du plaisir !

Examinons donc avec soin les deux questions principales de l'emplacement et du chiffre des malades du nouvel Hôtel-Dieu.

Le premier point dont on doit toujours se préoccuper dans la construction d'un hôpital, c'est le choix de son emplacement. Tous ceux qui ont étudié la question ont insisté sur la nécessité de rechercher un endroit salubre, bien aéré, et une bonne exposition, afin de mettre les malades dans les meilleures conditions ; et si quelquefois, par suite de certaines exigences, on est contraint de se fixer dans un périmètre assez limité, il faut au moins savoir choisir ce qu'il y a de mieux.

C'est dans cette situation que se trouvait la ville de Paris par rapport à la reconstruction de l'Hôtel-Dieu, et en disant la ville, je crois être dans le vrai, attendu que l'administration des hôpitaux, n'ayant pas le choix de l'emplacement, n'a pu prendre que celui qui lui était assigné.

Ceci, Messieurs, est très-regrettable, car du moment que par respect pour une pieuse légende on ne voulait pas éloigner l'Hôtel-Dieu de Notre-Dame, il fallait à l'avance dans cette prévision lui réserver dans la Cité la portion de terrain la plus avantageuse, celle qui longe l'ancien quai du Marché-Noir. Là au moins, bien que l'espace superficiel ne fût que de 16,000 mètres, on avait l'avantage immense d'une large façade en plein midi ; tous les promenoirs se trouvaient dans la situation la plus favorable pour les convalescents; non-seulement l'influence fâcheuse des brouillards de la Seine se trouvait atténuée par l'exposition au midi, mais on était abrité des vents du nord par le palais du Tribunal de commerce.

Aussi je n'hésite pas à dire que l'emplacement qui a été désigné pour la reconstruction de l'Hôtel-Dieu sur le quai nord de la Cité est tellement défavorable que si aujourd'hui il était encore possible, et cela ne serait peut-être pas très-difficile, d'approprier au nouvel hôpital des constructions qui sont à peine commencées sur le quai du Marché-Noir, il y aurait, d'une part, un grand avantage au point de vue de l'hygiène, et de l'autre, ce qui vaut bien la peine d'être pris en considération surtout quand il s'agit du bien des pauvres, une grande économie dans la dépense. Il ne faut pas se le dissimuler, l'acquisition des terrains du quai Napoléon sera beaucoup plus coûteuse que celle des terrains dont nous avons parlé, et de plus, lorsqu'on examine quels travaux considérables il a fallu pour asseoir les fondations de ces divers bâtiments, on a lieu de se demander si pour

l'Hôtel-Dieu il est possible d'établir dès maintenant un devis qui ne sera pas dépassé.

Ainsi donc, au double point de vue de l'hygiène et de l'économie, il y a eu une erreur déplorable dans le choix de l'emplacement.

Le choix du terrain n'étant pas possible, il fallait au moins tirer le parti le plus avantageux de celui qui était assigné, mettre à profit les remarques faites à propos des fautes commises dans les constructions de l'hôpital Lariboisière, et utiliser toutes les bonnes idées qui eussent surgi d'un concours; en un mot, refaire pour l'Hôtel-Dieu ce qui avait été fait pour l'Opéra.

Aidés de personnes compétentes, les architectes auraient pu sans peine arriver à un résultat très-satisfaisant, à la condition toutefois qu'on n'eût introduit dans le programme aucune considération étrangère, les obligeant à transformer un hôpital en un monument destiné à faire soit le pendant d'un autre édifice, soit le complément d'un embellissement projeté. C'est surtout dans des constructions dont l'usage est bien déterminé, et où il y a des indications précises toutes spéciales à remplir, qu'il faut à l'architecte toute sa liberté d'action, sinon, malgré tout son talent, il sera contraint de sacrifier les aménagements les plus indispensables à des exigences ridicules. Il en sera de même si, comme aujourd'hui, on ne lui accorde pour remplir un programme dont l'exécution demande un vaste espace, qu'un terrain exigu; dans ce cas, il sera forcément obligé d'accumuler les constructions les unes sur les autres, et malgré les combinaisons les plus ingénieuses, il n'arrivera jamais qu'à faire un hôpital manqué.

Lorsqu'en 1864 Paris veut reconstruire un Hôtel-Dieu, un hôpital qui devra être le modèle le plus accompli dans ce genre, il faut que ceux qui seront chargés de cette importante mission veuillent bien suivre dans leurs plans les conseils des médecins, seules personnes compétentes.

Jusqu'à ce jour, nous ne connaissons du nouvel hôpital que ce qui nous en a été dit par M. Trélat, c'est-à-dire un projet tellement mal conçu que si on l'exécutait ce serait à coup sûr le plus mauvais des hôpitaux connus, car il réunit tous les inconvénients et toutes les conditions d'insalubrité que l'on n'a cessé de combattre depuis bientôt près d'un siècle.

Est-ce donc de cette manière que la ville de Paris prétend remplacer l'Hôtel-Dieu? Nous ne pouvons le croire, et nous devons espérer que ce dernier projet sera repoussé, comme les trois premiers qui avaient été présentés à l'administration; il est d'ailleurs bien présumable qu'aucun plan ne sera définitivement adopté avant que tous les médecins des hôpitaux en aient eu communication.

L'administration des hôpitaux, qui s'est toujours montrée pleine de sollicitude pour les malades, ne pourrait dans une question aussi capitale se priver des conseils et de l'expérience du corps médical sans manquer à ses habitudes traditionnelles. Il y a plus ; comme antécédent, j'invoquerai la réponse de M. Davenne à M. Malgaigne lors de la discussion de l'Académie. Les plans primitifs de l'hôpital Lariboisière ne furent adoptés qu'après que le corps médical des hôpitaux eut été appelé à en prendre communication. Si une mesure aussi sage a déjà été prise, on ne peut manquer d'y revenir pour prévenir de nouvelles fautes dans la reconstruction du futur Hôtel-Dieu. Pour l'instant, je veux m'en tenir à la question du plan général, tous les autres détails d'aération, de chauffage, d'aménagement et de dispositions intérieures dans les services ne pouvant être discutés actuellement.

La reconstruction de l'Hôtel-Dieu dans la Cité étant admise, combien de lits devra-t-il contenir ? Convient-il d'en faire de nouveau un grand hôpital central ? doit-on, au contraire, le limiter au nombre de lits nécessaires pour les besoins de la population et de l'enseignement ?

Pour la plupart des personnes étrangères à la question que nous traitons, un hôpital est d'autant plus beau qu'il est plus vaste, plus grandiose, et qu'il ressemble plus à un monument. C'est en jugeant ainsi sur les apparences que l'on a établi et consacré dans le monde bien des erreurs, et l'hôpital de Lariboisière, dont nous venons de parler, qui aurait pu être très-bon si on n'avait pas changé les plans primitifs, en est une preuve. Pour nous médecins, qui ne demandons pas des monuments, un hôpital n'est beau qu'autant qu'il est bon, qu'il est bien distribué, et qu'il réunit toutes les conditions d'hygiène requises. Ces qualités si naturelles en apparence sont tellement difficiles à rencontrer que sous ce rapport Paris, qui offre à l'étranger l'ensemble d'hôpitaux le plus vaste et le plus complet que l'on connaisse, ne peut encore présenter, à l'exception peut-être de l'hôpital militaire de Vincennes, un seul type parfait, exempt de tout reproche et que l'on puisse citer comme un modèle accompli.

Vouloir à cette époque, malgré tout ce qui a été dit, reconstruire un hôpital de plus de 350 à 400 lits, et c'est déjà un chiffre élevé dans un espace aussi restreint que celui que doit occuper le nouvel Hôtel-Dieu, ce serait commettre une faute des plus graves.

Quel est le but de l'établissement d'un hôpital, d'une maison de secours ? C'est de venir en aide à la population indigente ; la première indication est donc de les placer au centre de cette population. Le nouvel Hôtel-Dieu sera-t-il dans cette condition ? Nullement ; la transformation

de la Cité, qui no renfermera plus désormais que des monuments ou des administrations; les changements survenus dans les quartiers voisins, qui fournissaient jadis le plus grand nombre de malades, ont fait émigrer au loin sa clientèle, comme vous avez pu vous en convaincre par les relevés de MM. Trélat et Lefort. Dans quel but alors, si l'Hôtel-Dieu ne doit plus se recruter dans les quartiers environnants, maintenir le chiffre de ses lits aussi élevé, alors que sur la rive gauche de la Seine, à peu de distance de lui, on rencontre successivement les hôpitaux de la Pitié, de la Clinique et de la Charité? N'est-ce pas là une mesure fâcheuse pour la population ouvrière? Lorsque l'on réfléchit aux distances énormes que certains malades sont actuellement obligés de parcourir pour gagner l'hôpital le plus proche, on arrive à cette conclusion, qu'au lieu d'augmenter le nombre des lits dans les anciens hôpitaux, toutes les dépenses ne devraient avoir aujourd'hui d'autre but que de les isoler des habitations voisines, de faire cesser un encombrement dangereux, contre lequel tout le corps médical ne cesse de réclamer, et de pourvoir, par la création de petits hôpitaux, aux besoins de certains quartiers populeux, éloignés du centre.

N'est-il pas pénible, lorsque par la mauvaise saison nous rencontrons un malade couché sur un brancard, de penser qu'il n'arrivera quelquefois à l'hôpital qu'après avoir été ainsi promené pendant bien des heures?

Dès l'instant que la population habituelle de l'Hôtel-Dieu appartient à des quartiers éloignés, il n'est plus nécessaire de conserver dans la Cité un aussi grand nombre de lits qu'autrefois; mais, nous dira-t-on, il faut aussi songer à l'enseignement. Certes, nous ne sommes pas de ceux qui s'élèvent contre les cliniques, mais en élevant dans l'ancien centre de Paris un hôpital actif de 300 à 350 lits au plus, il y a là un nombre de lits bien suffisant pour pourvoir très-largement et aux admissions d'urgence et aux besoins de l'enseignement. Comme, outre ces 350 lits actifs, il faut maintenant réserver des salles de rechange, ce qui n'existe malheureusement dans aucun des hôpitaux civils de Paris, il sera bien difficile de trouver dans la Cité un emplacement assez vaste pour disposer convenablement des bâtiments. En définitive, il ne devrait y avoir réellement de place à l'Hôtel-Dieu que pour les malades dont l'état grave ne permet pas le transport.

Est-il également indispensable d'adjoindre à l'Hôtel-Dieu le bureau central? Non-seulement c'est tout à fait inutile, mais comme ce service comporte une foule de renseignements qu'on ne peut obtenir qu'à l'administration centrale, il est beaucoup plus naturel que cette partie soit réunie au chef-lieu. D'ailleurs, plus nous irons, plus il faut

espérer que par suite d'une meilleure organisation dans les bureaux de charité, le service du bureau central se simplifiera.

Les relevés administratifs qu'a cités M. Trélat démontrent assez que depuis quelques années le nombre des consultations de l'Hôtel-Dieu et du bureau central décroît, tandis que celui des hôpitaux éloignés du centre va toujours en augmentant. Quelle conclusion tirer de ce fait? C'est que l'ouvrier dont le temps est précieux préférera beaucoup s'adresser à l'hôpital le plus voisin, où il est certain de rencontrer à des jours fixes le même médecin. Là non-seulement il pourra obtenir un avis utile, mais encore dans ces hôpitaux, où il y a un traitement externe, il y trouvera, outre le pansement, des bains et quelquefois des médicaments. Or, comme souvent ces premiers soins donnés à propos ont suffi pour prévenir une affection grave, il faut en favoriser l'extension.

Si vous voulez avoir une idée des services que peut rendre un traitement externe bien institué et régulièrement fait, je vous citerai l'hôpital Sainte-Eugénie. Dans la seule année 1864, 28,069 consultations ont été données en médecine et en chirurgie; de plus, non-seulement les enfants ont été pansés, mais ils ont reçu des cartes de bains et des médicaments. Voulez-vous savoir maintenant quelle somme il a fallu pour faire tant de bien : seulement 10,231 francs!

Le traitement externe ne pourra jamais remplacer l'hôpital, mais comme il peut rendre d'immenses services, surtout avec le peu de lits dont nous disposons, il faut au moins qu'il soit partout également bien fait. Ces recherches m'ont amené à un résultat qu'il est bon aussi de vous faire connaître, car il vient encore confirmer ce qui vous a été dit par M. Trélat sur la nécessité d'établir, de préférence à un grand hôpital central, de nouveaux hôpitaux sur tels points où les secours font le plus défaut.

De tous les quartiers de Paris, c'est encore le quartier Popincourt qui fournit le plus grand nombre d'enfants admis à l'hôpital Sainte-Eugénie. En 1863, sur 2,784 enfants entrés à l'hôpital, 607 appartiennent au quartier Popincourt; 414 au quartier de Reuilly; 265 au quartier de Ménilmontant et Belleville. Comme vous le voyez, la proportion est assez forte pour être prise en sérieuse considération. Un autre chiffre dont il faut aussi tenir compte, c'est celui des enfants fournis par la banlieue : il arrive le huitième et donne 129. Je le cite, parce que l'on croit trop généralement que nos hôpitaux ne reçoivent que les malades domiciliés à Paris, tandis qu'ils doivent recevoir indistinctement tous ceux qui sont domiciliés dans les communes du département de la Seine.

Messieurs, si dans cette discussion nous ne devions nous occuper

que de l'emplacement et du nombre de lits du nouvel Hôtel-Dieu, notre tâche serait bientôt terminée; mais comme à cette question se rattache naturellement celle de la réforme hospitalière, qu'il est impossible de passer sous silence, permettez-moi, puisque l'occasion se présente, de l'aborder avec toute la franchise que réclame un semblable sujet.

Depuis le commencement de ce siècle, de grandes améliorations ont été introduites dans nos hôpitaux, et cependant, malgré les efforts constants de l'Administration, il lui reste encore énormément à faire. De tous côtés, vous entendez dire qu'il y a insuffisance de lits, et cette insuffisance est telle, qu'outre l'impossibilité de satisfaire aux exigences d'une population toujours croissante, nos salles d'hôpitaux ne peuvent se reposer qu'à des intervalles très-éloignés; aussi ce n'est quelquefois qu'au bout de sept ou huit ans qu'elles sont repeintes. Quelle peut être la conséquence de cette occupation forcément prolongée? Ai-je besoin de vous redire ce qui a été répété tant de fois dans cette enceinte et devant d'autres compagnies savantes, par les personnes les plus autorisées? Les résultats de nos opérations sont déplorables!

Je ne veux ici établir aucun terme de comparaison avec les hôpitaux de l'étranger, je ne m'occupe que des faits que nous connaissons tous, de ceux qui se passent journellement sous nos yeux; or, il est bien évident, d'après les relevés, que nous sommes beaucoup plus malheureux que dans les petits hôpitaux de province. N'est-il pas pénible d'avouer que dans une ville comme Paris, qui fait tout pour s'assainir, se transformer, il n'y ait aucun hôpital civil installé de telle sorte qu'il y ait des salles de rechange, pour que chaque salle puisse tour à tour rester inoccupée pendant quelque temps, comme cela a été recommandé?

On s'est beaucoup égayé aux dépens de ceux d'entre nous qui, après des voyages à l'étranger, avaient cru bon de faire part de leurs remarques sur l'état des hôpitaux. En vérité, a-t-on répondu, ce sont là de beaux modèles à suivre, ces hôpitaux où l'on gèle tant il y a d'air, où le linge et la literie sont insuffisants, etc., etc. Je vous fais grâce des autres plaisanteries; ces remarques qui sont justes, personne de nous ne les a contestées; il n'y a qu'un seul fait que l'on a oublié : c'est que toutes les grandes idées de réforme hospitalière qui sont nées en France ont été généralement adoptées à l'étranger, dans la plupart des constructions nouvelles.

Mais s'il est très-glorieux pour nous autres Français de voir que c'est à nous qu'est due l'initiative du progrès, il serait bien préférable pour nous de voir mettre à exécution ces mêmes idées dans notre

propre pays. On oppose aux réclamations du corps médical son défaut d'entente sur les meilleures conditions hygiéniques. A part quelques nuances, je doute qu'il y ait grand désaccord sur l'ensemble de la question.

Que l'on ouvre les mémoires de Tenon, on y trouvera au moins indiqué tout ce que nous demandons, le choix d'un emplacement salubre, l'isolement complet des hôpitaux, des salles d'une étendue convenable, bien aérées, au besoin séparées pour prévenir la contagion, des lits suffisamment espacés, des promenoirs d'été et d'hiver pour empêcher les malades d'être constamment dans leurs salles. Nous ne demandons rien de plus, car à part quelques détails d'amélioration d'une importance secondaire, on n'a rien fait de mieux et on ne devrait jamais s'écarter de ces données. Comment se fait-il cependant que nous voyions encore aujourd'hui les amphithéâtres de dissection de la Faculté placés juste entre le Lycée Saint-Louis et l'hôpital des Cliniques? J'ignore si ce voisinage a une influence fâcheuse, mais je doute qu'il y ait un médecin qui trouve cette réunion conforme aux règles de l'hygiène.

Au demeurant, je crois que nous sommes tous d'accord sur les améliorations à introduire dans les hôpitaux; seulement, comme cela se termine toujours par une question de finances, il est bon qu'une fois enfin on soit bien édifié et sur les nombreuses lacunes à remplir et sur l'insuffisance des ressources de l'administration ; il faut, si nous voulons guérir ses plaies, agir comme avec nos malades, les mettre au grand jour et les examiner avec soin.

On dit et on répète sans cesse dans le monde qu'elle a des biens immenses ; erreur, elle est si peu riche que sans la fermeté de M. Davenne, qui s'opposa sagement à la conversion de ses immeubles en rentes, elle serait aujourd'hui hors d'état d'entreprendre la reconstruction de l'Hôtel-Dieu. Cette mesure était d'autant plus préjudiciable qu'en laissant planer un doute sur la bonne gestion des biens des hôpitaux, elle la privait pour l'avenir de nombreuses donations.

Ainsi donc l'administration est loin d'être aussi riche qu'on le pense, et de plus elle se trouve incessamment obligée de pourvoir aux besoins d'une population toujours croissante et aux exigences nombreuses que réclame l'amélioration des anciens hôpitaux. Pourra-t-elle jamais arriver seule, sans aide, à satisfaire à tout? Non, cela est impossible ; tâchons donc de lui faire obtenir les secours qui lui sont indispensables en exposant nettement sa situation. Dans le cours de la discussion, vous avez tous insisté sur les *desiderata* que présentent les services d'adultes, permettez-moi de vous dire quelques mots des services d'enfants.

Messieurs, il y a dix ans, si quelqu'un, en parlant des hôpitaux de Paris, avait dit que c'était la seule ville d'Europe dans laquelle il y eût un service d'enfants aussi bien établi, il ne se serait pas trompé; mais si, se bornant, comme on le fait trop souvent, à cette appréciation superficielle, il eût dit : C'est parfait, il eût commis une erreur, car il restait encore bien des malheureux à soulager.

Eh bien, à cette même époque, il s'est trouvé une personne assez bien inspirée pour faire connaître à l'Empereur et à l'Impératrice la véritable situation des enfants pauvres; par un décret impérial l'hôpital Sainte-Eugénie fut ouvert, et dès la première année, dans cet hôpital nouveau, complétement inconnu, 2,564 enfants furent reçus. Dix ans se sont écoulés depuis cet heureux événement, et dans cette période, sans parler des secours donnés au traitement externe, plus de 28,000 enfants sont entrés dans cette maison. Il faudrait être d'une ingratitude révoltante pour taire un pareil bienfait, et quand on voit tout ce qu'en un instant une volonté souveraine peut faire de bien lorsque la vérité lui est exposée, je dis que ce serait manquer à notre mission, aujourd'hui que la reconstruction de l'Hôtel-Dieu est à l'ordre du jour, en lui cachant la véritable situation de nos hôpitaux, car elle seule peut couronner l'œuvre magnifique qu'elle a si bien commencée, par la réforme la plus éclairée et la plus complète de notre système hospitalier. Il faut donc, comme je vous l'ai dit, mettre à nu nos plaies, et la plus grande, c'est l'insuffisance des lits. Ainsi, malgré plus de 1,400 lits d'enfants répartis entre les hôpitaux de Paris, Berck, Forges, et la Roche-Guyon, nous avons encore aujourd'hui à Sainte-Eugénie 371 enfants inscrits pour être admis. Tous, il est vrai, sont loin d'être également malades; dans ce nombre beaucoup n'ont que des affections légères, qui guériront au traitement externe; je sais même que quelquefois ces enfants sont inscrits dans les deux hôpitaux; mais il y en a aussi un certain nombre qui ont des affections très-graves et dont la position ne fera qu'empirer par suite des soins insuffisants qu'ils reçoivent dans leurs familles.

Si maintenant nous vous disons qu'en vertu des règlements l'admission n'est permise qu'à l'âge de deux ans révolus, vous serez bien obligés de convenir que le nombre des lits est insuffisant. Je sais bien qu'après quelques accidents ces admissions d'urgence au-dessous de cet âge sont tolérées; je me plais également à reconnaître que dans quelques cas exceptionnels M. le directeur général a bien voulu, à ma demande, faire fléchir la règle; mais, je le répète, ceci est une exception.

L'administration a-t-elle des asiles consacrés aux enfants dont les maladies sont incurables? Non; et vous allez voir ce qui résulte de

cette lacune : c'est que des lits se trouvant quelquefois occupés pendant des années entières par des malheureux qui ont besoin de pansements journaliers et qui ne guériront jamais, le mouvement des admissions se trouve ainsi paralysé. Messieurs, dans son remarquable travail sur les hôpitaux, M. Husson a dit avec beaucoup de justesse qu'il est difficile de traiter certaines questions hospitalières sans se laisser entraîner, sans se laisser émouvoir. Quel est, en effet, celui d'entre vous qui pourrait voir tranquillement de pauvres femmes revenir vingt fois implorer un lit pour un enfant atteint de mal de Pott ou de coxalgie suppurée? Quel est celui d'entre vous qui ne voudrait pas chercher à calmer ces malheureuses aigries par la misère, égarées par la douleur? Rester spectateurs muets de ces tristes scènes, alors que nous pourrions être utiles en disant simplement ce qui est, ce serait, je vous le répète, manquer à la mission que nous avons reçue, celle de faire le bien.

Enfin, Messieurs, il est un dernier point dont je veux vous entretenir, parce qu'il mérite d'être signalé; il arrive que par suite de la maladie des parents ou d'autres causes, des enfants se trouvent sans appui, sans asile; lorsqu'ils ne sont pas recueillis par des voisins charitables, ce qui arrive assez souvent, l'Administration des hôpitaux, remplaçant la famille, les prend sous sa protection et les conduit au dépôt, à l'hôpital des Enfants assistés. Je n'ai pas la moindre notion sur cet établissement, mais j'espère que ceux de nos collègues qui ont été chargés de ce service, voudront bien me donner quelques éclaircissements. Ce qui est certain, c'est qu'on ne peut pas prononcer devant les mères le mot de dépôt sans les glacer d'effroi, et que plutôt que d'y laisser conduire leurs enfants, elles préfèrent souvent ne pas entrer à l'hôpital. Cette répulsion est-elle fondée? Je le croirais; car nombre de fois j'ai été à même de constater l'existence d'ophthalmies purulentes, de vaginites ou d'affections pseudo-membraneuses chez des enfants sortant du dépôt; et comme dans des discussions de ce genre il faut se présenter avec des chiffres, je dirai que cette année, dans le seul service des filles, un tiers des ophthalmies purulentes provenait de cet établissement. L'Administration des hôpitaux, dont la sollicitude nous est si connue, ne pourrait-elle pas triompher de cette répugnance, changer ce nom qui est mal choisi, et chercher un autre endroit pour placer les enfants qui lui sont confiés? Ce serait un grand progrès.

Comme vous le voyez, Messieurs, ce n'est pas seulement dans les services d'adultes qu'il y a des lacunes à remplir, des améliorations à faire, il y en a partout, et, en vous exposant tout ce qu'il restait à faire pour ces enfants, je n'ai fait que remplir mon devoir. *Bene agere*

atque lætari, telle fut pendant toute sa vie la devise de mon père; aussi, en combattant devant vous un projet d'hôpital défectueux, et en défendant la cause de l'Administration et des pauvres, je crois m'être montré fidèle à ses principes.

M. GIRALDÈS. M. Marjolin a dit dans son discours que les malades âgés de moins de deux ans n'étaient pas admis dans les hôpitaux d'enfants. Réglementairement il en est ainsi; mais à l'hôpital des Enfants la tolérance administrative permet souvent les admissions au-dessous de deux ans. J'ai dans mon service plusieurs enfants reçus à l'hôpital dans ces conditions.

Les détails que notre collègue vous a donnés sur le dépôt sont très-intéressants, mais il a été évidemment mal renseigné. Pendant mon séjour aux Enfants assistés, je n'ai pas vu se développer ces ophthalmies purulentes, diphthéritiques, et ces vaginites de même nature dont on vous a parlé.

Sans doute ces affections se montrent au dépôt comme dans toute agglomération d'enfants; mais là comme ailleurs, et peut-être moins là qu'ailleurs. On amène au dépôt des enfants au-dessous de deux ans, dont les parents sont à l'hôpital ou en prison. En hiver, ils passent la journée dans une grande salle, en été au jardin; la nuit, ils couchent dans la crèche, qui est fort bien aérée et saine. Lorsqu'ils tombent malades, ils sont dirigés sur les infirmeries, et leur affection, traitée dès le début, a grande chance de guérison. Mais il arrive souvent que les parents, qui ont en effet contre le dépôt des hôpitaux, par eux confondu avec celui de la Préfecture de police, une répulsion instinctive, veulent reprendre leurs enfants dès qu'ils apprennent leur maladie.

Or, les enfants ainsi cmmenés pour être placés dans les plus mauvaises conditions, deviennent gravement malades. C'est alors qu'ils sont amenés aux consultations de l'hôpital dans le plus triste état, et que peuvent paraître légitimes les récriminations des parents contre le dépôt. C'est ainsi, sans doute, que notre excellent collègue a pu se faire l'écho de plaintes exagérées et injustes.

M. MARJOLIN. Je remercie M. Giraldès des renseignements qu'il vient de nous donner et me félicite de les avoir provoqués. Si les parents sont en faute, il n'en reste pas moins acquis que des enfants entrés sains au dépôt en sortent malades. De là, prévention et même effroi de la part des familles. J'ai vu un trop grand nombre de ces faits pour ne pas en être ému, et pour ne pas regarder comme un devoir de provoquer à cet égard tous les éclaircissements, afin d'arriver à prendre les meilleures mesures.

M. GIRALDÈS. Je déclare que j'ai vu beaucoup moins d'ophthalmies purulentes aux Enfants assistés que je n'en observe aux Enfants malades. J'y ai moins vu de contamination d'enfant à enfant. L'administration a pris d'ailleurs une excellente mesure à l'hospice des Enfants trouvés, en récompensant les nourrices qui veulent se charger des enfants atteints d'ophthalmie purulente, et je suis heureux d'y avoir contribué par mes réclamations.

M. VERNEUIL. — En prenant la parole après mes bonorables collègues, je n'ai certes pas la prétention d'ajouter grand'chose aux arguments si nombreux et si décisifs qu'ils ont opposés à la construction d'un hôpital populeux dans la Cité. Au point de vue de l'hygiène hospitalière, la matière me paraît épuisée. Je ne vous parlerai donc point longuement du futur Hôtel-Dieu, sans regretter toutefois que les orateurs précédents aient pénétré jusqu'au vif de la question.

Je relèverai seulement deux points de détail.

M. Lefort, dans son discours si remarquable, nous a prouvé par des chiffres éloquents une proposition déjà acceptée par le bon sens, savoir, qu'une opération chirurgicale quelconque donne des résultats très-différents suivant qu'elle est pratiquée dans les grands ou dans les petits hôpitaux, dans les cités populeuses ou dans les petites villes. Nous savions bien déjà qu'il valait mieux se faire couper la cuisse à Etampes qu'à Paris, mais nous ne soupçonnions guère que toutes choses égales d'ailleurs, les chances de salut étaient beaucoup plus grandes dans un hôpital de cent lits que dans un autre à population double ou triple. Cet argument en faveur des petits établissements est d'un grand poids, et il est désirable que cet aperçu nouveau soit confirmé par de nouvelles recherches.

Déjà j'avais moi-même, en rendant compte des résultats obtenus dans les hôpitaux russes, exprimé le désir de voir la statistique s'engager dans cette voie. Dans ce vaste empire, par ordre du gouvernement et par les soins du docteur Otsolig, on publie annuellement un rapport sur l'état sanitaire général, *Bericht über den Volksgesundheits. Zustand und die Wirksamkeit der civil-hospitœler im russischen Kaiserreiche*). Trois années m'étant parvenues, 1858, 1859, 1860, j'en tirai les renseignements relatifs à la chirurgie, et fus frappé de l'énorme différence de mortalité que les opérations chirurgicales présentaient d'une part dans l'un des hôpitaux principaux de Saint-Pétersbourg (*arbeiter hospital*), et de l'autre dans la somme des hôpitaux de province. (Voir *Gaz. hebdom.*, 1862, page 3.) Je n'insiste pas, si ce n'est pour dire que la voie numérique nouvelle ouverte par M. Lefort est très-féconde, et que ses résultats parlent sans réplique

contre les grandes agglomérations de malades dans un espace circonscrit.

Quoique le plan du nouvel hôpital à construire ne soit point arrêté, j'ai ouï dire qu'on y voulait fonder un service d'accouchement de 40 lits. Or, je suis bien surpris qu'après tout ce qui a été dit dans les grandes discussions sur la fièvre puerpérale et sur l'hygiène hospitalière, on songe encore à créer une pareille concentration dans un hôpital et au centre même de la ville. Placer 40 lits d'accouchement dans un établissement auquel l'espace est déjà parcimonieusement mesuré me paraît contraire à toutes les conclusions posées, à tous les vœux exprimés dans les débats célèbres que je rappelle. Avec l'activité extrême dont un pareil service serait nécessairement le théâtre, tout l'espace qu'on se propose de donner au futur Hôtel-Dieu ne serait à coup sûr pas de trop si l'on voulait obtenir seulement les résultats que donnent les accouchements sporadiques dans les quartiers les plus pauvres de la capitale. Aussi, sans être devin, on peut prévoir qu'en adjoignant quarante femmes en couche aux cinq cent soixante autres malades confinés dans la même enceinte (en supposant que le projet s'arrête à 600 lits), on nuira singulièrement et aux uns et aux autres; entre les deux catégories de malades, se fera sans cesse un échange funeste d'infection. Une épidémie puerpuérale survenant, les opérés et les fiévreux en recevront le choc, et nos complications chirurgicales à leur tour retentiront à coup sûr sur les femmes en couche, qui ont pour tous les miasmes délétères une réceptivité surabondamment démontrée. Soit coïncidence, soit communauté d'origine, soit enfin relation de causes à effets, toujours est-il que l'on voit simultanément sévir dans un même hôpital la fièvre puerpuérale et les fièvres chirurgicales graves, et que, lorsque la première est signalée au chirurgien, celui-ci fait sagement de fermer le plus possible sa trousse.

La nécessité impérieuse de la dissémination des femmes en couche me paraît un des faits les plus péremptoirement prouvés en hygiène générale. Permettez-moi cependant de fournir aussi ma petite démonstration.

Voici trois années que je suis chargé d'un service à Lourcine. Dans cet hôpital, une salle est affectée aux accouchements, non pas spécialement à la vérité, Dieu merci! elle renferme trente-six lits d'adultes et une quinzaine de berceaux. On y reçoit les femmes qui ont des enfants en bas âge, les vénériennes en état de grossesse avancée, et enfin les malades de tous les autres services en travail. Les lits qui restent sont occupés par des malades ordinaires, vénériennes toujours, bien entendu; il est rare que la salle ne soit pas entièrement

remplie ; elle est spacieuse, mais les lits sont rapprochés ; il n'y a pas de ventilation artificielle, le cube d'air réparti à chaque habitant est moyen, il y a de la propreté, mais point de luxe, les lits sont sans rideaux ; pour le coup d'œil et l'aménagement, c'est une salle des plus ordinaires, il est certain qu'elle est trop grande, ou du moins trop peuplée, comme l'ont prouvé deux épidémies, l'une de variole, l'autre de coqueluche ; et cependant, au point de vue de la salubrité, elle est bien supérieure à la plupart des salles des autres hôpitaux.

J'ai eu l'idée autrefois de relever les accouchements effectués dans cette même salle et pendant une période de neuf années. J'ai constaté d'abord qu'il n'y avait jamais eu trace d'épidémie puerpuérale, et que de plus la mortalité des accouchées était à peine de 1 sur 43. Cependant, tous ceux qui m'ont précédé à Lourcine savent dans quelles conditions de santé se trouvent un bon nombre de malheureuses qui y accouchent. Vérole, misère, épuisement, dépression morale, etc. Comment arrive-t-on à un chiffre aussi favorable (en le comparant à celui que fournissent les services d'accouchements des autres hôpitaux de Paris)? dans une salle à population trop nombreuse et qui n'est munie d'aucune des dispositions particulières dont l'hygiène moderne a doté les hôpitaux de récente construction.

Voici d'abord comment : les accouchements sont rares, en moyenne 50 par au, en comptant les avortements à partir de quatre à cinq mois ; donc jamais de condensation. Tout au plus cinq ou six femmes en état puerpéral se rencontrent ensemble, et en ayant soin, comme j'en donne l'ordre, de les disséminer toujours dans l'étendue de la salle, on évite la concentration et la formation des foyers. Avec un si petit nombre, il est facile de comprendre pourquoi il n'y a jamais d'épidémie. La graine et le terrain manquent à la fois. Pour diminuer encore les influences fâcheuses, chaque fois qu'un avortement a lieu ou que l'enfant meurt en naissant, on reporte la mère dans le service d'où elle vient, aussitôt l'accouchement terminé. Enfin la population serait trop nombreuse pour un service d'opérés ou de fiévreux, mais ici l'inconvénient disparaît ; dès la fin de la visite, les vénériennes se rendent dans les promenoirs ou la lingerie, et dans le milieu du jour la salle est presque vide. Elle ne renferme que les rares malades condamnées au repos. Ajoutons que l'on exige, et avec beaucoup de raison, pour la plupart de ces femmes valides, une extrême propreté. Aussi puis-je dire qu'il est peu de salles dans les hôpitaux généraux qui soient aussi bien tenues que celles de Lourcine. Ceci tient à plusieurs raisons que je n'ai pas le temps de développer ici, mais il y aurait des exemples et des enseignements à puiser dans cet établissement, tout mal famé qu'il est.

En résumé, le principe si vrai, si salutaire, si humain de la dissémination des femmes en couches est appliqué dans la salle Sainte-Marie, et il y fonctionne depuis nombre d'années; les résultats qu'il donne sont extrêmement favorables, aussi m'a-t-il semblé nécessaire de le rappeler, alors qu'on semble encore disposé à suivre des errements contraires.

Si les intérêts de l'humanité sont lésés par la concentration des malades dans un hôpital et par l'insalubrité qui en résulte, j'affirme que les progrès de l'art et les exigences de la science ne sont pas mieux sauvegardés, et c'est un point que je crois nécessaire de traiter avec quelques développements, car j'ai peur qu'il ne passe inaperçu ou ne soit résolu dans un sens contraire à la réalité.

On a parlé des nécessités de l'enseignement. Il faut, dit-on, que l'hôpital destiné à remplacer l'Hôtel-Dieu soit central, pour que la Faculté y puisse établir ses cliniques et que les élèves aient à leur portée les leçons des maîtres. Certes, ce n'est pas moi qui contesterai l'importance de l'enseignement clinique, et je demanderai même aux esprits aventureux qui réclament la suppression des hôpitaux, comment ils s'y prendraient pour instruire la jeunesse et faire des médecins. Mais ce besoin n'implique nullement la nécessité de suivre le plan que nous incriminons. D'abord, la Faculté n'a pas besoin de 5 ou 600 lits : 300 lui suffiraient parfaitement. Il n'est pas plus indispensable de placer les cliniques dans la Cité, et rien n'empêche de les établir à une certaine distance du centre de la ville. Je suis peu touché, je l'avoue, des commodités du personnel médical. Les chefs de service ont en général des voitures, et les élèves, qui sont jeunes, ont des jambes robustes pour les porter jusqu'à l'endroit où ils peuvent s'instruire. Les nouveaux règlements sur le stage forcent les étudiants à fréquenter les hôpitaux excentriques ; nos externes et nos Internes sont obligés de faire tous les matins une longue course, et je ne pense pas qu'on ait remarqué une infériorité quelconque dans le mérite de ceux qui exécutent cette pérégrination matinale. Reportez même vers la circonférence de la ville les cliniques bien faites, et les jeunes gens laborieux s'y presseront tout aussi bien. La position centrale n'est réellement commode que pour la masse flottante des étudiants qui vont d'un hôpital à l'autre et qui encombrent les salles sans y recueillir toujours beaucoup d'instruction.

La grande affluence des élèves est flatteuse pour le maître ; mais elle n'est favorable ni aux malades ni aux élèves eux-mêmes, qui voient et souvent apprennent d'autant moins qu'ils sont plus nombreux dans un espace donné.

La situation centrale des cliniques n'est donc rien moins qu'avan-

tageuse, et je pourrais d'ailleurs citer des hôpitaux assez distants de la Faculté et qui sont néanmoins très-assidûment fréquentés.

Mais je reviens aux intérêts de la science et de l'art, qui heureusement ici s'accordent merveilleusement avec le bien des malades. Construisez un grand hôpital dans des conditions défavorables, vous nuisez à ceux qui y sont reçus, et j'ajoute que vous portez une atteinte tout ausi grave à l'enseignement clinique ; je m'explique : que fait le professeur de clinique? il fait au lit du malade de la nosographie, il porte le diagnostic, indique la marche des maladies et montre les symptômes, le tout pour arriver à la thérapeutique, but final de la médecine.

Enseigner la thérapeutique, c'est poser les indications et contre-indications, discuter les méthodes et les procédés, motiver le choix des moyens et le moment opportun de leur application. Si l'on veut progresser, il convient de faire une sage expérimentation et d'essayer les nouveautés raisonnables; il est permis d'être parfois hardi et d'innover quand les ressources dont on dispose paraissent insuffisantes. Le professeur de clinique doit montrer aux élèves ce qu'ils auront à faire plus tard dans leur propre pratique, leur dire ceci est bon, ceci est mauvais, et devant eux il est censé n'employer que ce qui *est le meilleur*. Pour marcher dans cette voie, il faut être débarrassé de toute entrave et n'avoir à se heurter que contre l'impossible.

Or, je vais vous prouver que nous n'en sommes pas là, et qu'à chaque minute dans un hôpital insalubre nous sommes arrêtés par des obstacles indépendants de la science, de l'art, de l'habileté, du zèle, de la maladie elle-même, obstacles qui ont leur source unique dans le milieu défavorable où nous place l'inobservance des conditions que nous réclamons précisément dans ce but.

Je pourrais parler ici de l'opération césarienne et des complications puerpérales si fréquentes et si graves dans nos hôpitaux, mais peut-être dirait-on que je ne suis pas sur mon terrain et que l'obstétrique n'est pas mon affaire; revenons donc à la chirurgie pure. Je trouve dès l'abord l'ovariotomie. C'est une opération grave, mais excellente, en cela qu'elle guérit radicalement dans des cas où tout autre moyen est absolument impuissant. Le professeur de clinique chirurgicale pourra donc en parler à ses élèves et leur raconter qu'on obtient des succès éclatants en Angleterre, à Strasbourg et dans d'autres villes ou villages de France; mais pour sa part, dans une salle de trente malades, fraction d'un hôpital de six cents lits, il ne pourra professer pour cette belle conquête chirurgicale qu'un culte platonique.

Ayant sous les yeux une femme atteinte d'un kyste multiloculaire, à contenu gélatineux, il convaincra sans peine son auditoire de l'inuti-

lité des ponctions multiples et des injections iodées. Il démontrera tout aussi aisément que l'ovariotomie seule est indiquée; après quoi, s'il ne veut pas charger sa conscience des chances d'un homicide par imprudence, il s'abstiendra et laissera le mal poursuivre ses progrès jusqu'à ce que mort s'ensuive. Donc il abdique scientifiquement et pratiquement; à moins que, poussant le dévouement jusqu'à des limites extrêmes, il ne prodigue généreusement son temps et son argent pour opérer aux environs de Paris. Sacrifice glorieux à coup sûr, mais qu'on ne peut évidemment répéter toutes les fois qu'il serait nécessaire et dont les élèves d'ailleurs ne profiteraient guère, car leur budget et les nécessités de leurs études ne leur permettraient pas d'aller une semaine de suite dans la banlieue suivre la marche de l'opération et assister à ces mille riens si importants qui décident du succès.

Donc, après l'opération césarienne, éliminons encore l'ovariotomie.

Nous ferions tout aussi sagement de retrancher encore les grandes résections articulaires de la hanche et du genou, ces fleurons de la pratique moderne, ces triomphes de la chirurgie conservatrice. On parle beaucoup d'humanité, je ne sache pas qu'on puisse rendre à un ouvrier un plus grand service que de lui conserver, par la résection du genou, un membre solide, à peine raccourci de 4 à 5 centimètres, et mille fois plus utile qu'un cuissard perfectionné.

Or, dans l'état de nos hôpitaux du centre, je crois qu'il faudrait résister à cette tentation et s'en tenir à la simple et dangereuse amputation de la cuisse. Vous vous rappelez notre grande et importante discussion sur la résection du genou; je pensais que le chirurgien des camps en pourrait tirer son profit. Nos savants collègues de l'armée firent très-judicieusement observer que si le principe conservateur était irréprochable, son application en campagne était d'une réalisation très-difficile à cause des évolutions d'une armée, des marches et contre-marches, etc. Eh bien, dans nos grands centres nosocomiaux, où nous jouissons des bienfaits de la paix et de la stabilité, l'hygiène et l'encombrement nous replacent sans trêve dans les conditions fâcheuses d'une armée en déroute, ce qui nous interdit la satisfaction bien légitime de mettre notre chirurgie nationale au niveau de celle qui illustre jusqu'aux petites Universités d'outre-Rhin, et jusqu'aux petits collèges d'outre-Manche.

Encore un exemple que je prends cette fois dans ma propre pratique. J'ai actuellement dans mon service à Lourcine une jeune fille de seize ans à peine, pleine de vigueur et de santé. A la suite d'une chute sur le genou s'est développée une énorme tumeur myeloïde qui envahit les

deux tiers inférieurs du fémur. La pharmacie ne peut rien contre un tel mal, qui n'est justiciable que du couteau. De plus, cette variété d'ostéosarcome n'est susceptible de guérison radicale que si on enlève en totalité l'os malade. L'amputation sous-trochantérienne, fort dangereuse, exposerait à la récidive. Il faut donc se décider à pratiquer la redoutable désarticulation coxo-fémorale, ou laisser mourir sans secours une malade qui ne fait qu'entrer dans la vie. C'est ce dernier parti que je prendrais certainement si j'exerçais la chirurgie aux Cliniques, à l'Hôtel-Dieu, à la Charité, et dans quelques autres de nos grands hôpitaux, car j'aurais scrupule d'abréger des jours déjà comptés. Dans mon service de Lourcine, où les opérations sont un événement, où l'érysipèle et l'infection purulente sont presque inconnus, je tenterai l'aventure, parce que j'ai quelques chances de réussite.

Vous jugez d'ici quelle serait la conclusion d'une leçon clinique si j'avais à la faire dans un hôpital de 600 lits sur un pareil cas, et vous comprenez quelle idée les élèves se feraient de la puissance de notre art.

Ce que je viens de dire des entreprises chirurgicales rares et terribles s'applique malheureusement tout aussi bien aux faits vulgaires qu'on rencontre tous les jours. A chaque instant, les saines doctrines sont faussées et les bonnes règles démenties.

Dans l'étranglement par le collet du sac, quand celui-ci est fort et résistant, que l'intestin est fortement serré, nul doute que la kélotomie ne soit en principe la méthode d'élection ; nul doute encore que, pratiquée de bonne heure, avant la péritonite, cette opération ne donne d'excellents résultats quand le milieu où l'on agit est favorable, et cependant la mortalité est si grande dans nos hôpitaux après l'opération de la hernie inguinale qu'on préconise un taxis insensé, qu'on s'acharne à refouler dans le ventre l'intestin étranglé, et qu'en fin de compte la mort couronne ces efforts désespérés. Ici l'insalubrité de nos salles étaye et soutient une méthode détestable. J'ai eu la récente occasion de faire un parallèle instructif. On m'appelle dans une mansarde mal aérée, étroite, qui à coup sûr ne cubait pas le tiers des mètres d'air qu'on fournit à chaque malade dans une de nos salles d'hôpital. Une femme y était atteinte d'une hernie crurale étranglée depuis quatre jours, mais que par bonheur on n'avait pas trop tourmentée par le taxis. Mon avis donné, on me demanda mon appui pour obtenir l'entrée d'urgence à l'hôpital Saint-Louis. Avec les symptômes locaux et généraux qui existaient, c'eût été presque une condamnation. J'avais quelque loisir ce jour-là, je fis ce que vous

auriez fait : j'opérai sur-le-champ avec le médecin ordinaire et un autre confrère, qui voulut bien s'associer à la bonne œuvre.

Dix jours après, la malade était guérie. A quelque temps de là, même cas se présente : famille indigente, logement obscur, etc. Je partais en voyage, mais je pris soin de faire recevoir immédiatement la malade dans un hôpital du centre, où elle fut opérée sur-le-champ avec la plus grande habileté, et non moins attentivement soignée dans la suite. Le succès fut d'abord complet, les circonstances étant d'ailleurs très-favorables, la hernie étant crurale et étranglée seulement depuis cinq heures.

La plaie cutanée était à peu près close, et la malade se levait déjà dans la salle, lorsqu'elle fut prise d'un érysipèle qui l'enleva en quelques jours. On peut donc dire qu'elle est morte d'hôpital et non d'étranglement herniaire.

On discute depuis longtemps sur l'opération de la cataracte. Il est bien clair que pour les cristallins durs, qui se rencontrent surtout chez les vieillards, l'extraction est infiniment supérieure à l'abaissement, et pourtant, sinon théoriquement au moins en fait, la seconde méthode dans nos grands hôpitaux lutte d'influence avec la première, et pourquoi? c'est que pour que l'extraction n'amène pas des désastres soudains et irréparables, il faut que la plaie de la cornée se réunisse par première intention ; or la réunion de cette plaie si petite, si régulière, est compromise à chaque instant par les influences nosocomiales, par une épidémie d'érysipèle, par le voisinage de plaies à suppuration fétide, en un mot par les mêmes causes qui font échouer nos autres opérations dans les mêmes salles.

C'est l'extraction qu'il faudrait faire, dit le professeur, et il abaisse la lentille, et les accidents interminables de cette méthode malencontreuse finissent par abolir la vision, à la vérité d'une façon moins brutale et moins compromettante pour l'art. L'œil est perdu, mais l'honneur chirurgical se sauve en s'esquivant.

J'ai parlé de réunion immédiate, ce précieux mode de pansement des plaies qui en abrége et en simplifie tant les suites. Quel parti en pouvons-nous tirer dans nos grands hôpitaux? Presque aucun, et nous sommes pour cela gourmandés par les chirurgiens étrangers et par nos confrères de province, ceux du Midi entre autres. On nous accuse de la dédaigner, de l'ignorer, ou de méconnaître pour le moins ses avantages. Il n'en est rien. Nous sommes forcés de nous en passer, tant elle nous donne de déceptions; alors nous ne l'enseignons pas aux élèves ou nous la leur recommandons tièdement, parce qu'elle a cent fois trompé notre attente. Nous en parlons, mais l'omettons souvent, et aux commençants pleins d'illusions qui demandent à être

renseignés, il ne nous resterait pour ainsi dire qu'à conseiller un voyage à Edimbourg ou à Montpellier.

Comment sans cette même réunion immédiate réussir les autoplasties qui rétablissent la forme, presque aussi précieuse que la santé pour certaines personnes ? En vain combine-t-on des procédés ingénieux exécutés avec une rare dextérité, en vain discute-t-on sur les sutures et les différentes espèces de fil : à quoi sert si l'adhésion fait défaut ; aussi, la sachant très-capricieuse, nous hésitons et renvoyons les sujets difformes.

Un malade nous vient avec un ectropion. C'est une difformité horrible qui ne compromet pas la vie mais qui peut faire perdre la vue, et qui en tous cas met celui qui en est atteint dans une condition bien misérable : point d'établissement possible, pas de place lucrative, à peine d'ouvrage dans les industries infimes. A ce paria qui réclame nos soins, notre devoir est de dire que la blépharoplastie est pleine de hasards, depuis l'insuccès de la réunion, la gangrène du lambeau, jusqu'à l'érysipèle et la mort inclusivement, et ces insuccès sont par malheur en proportion considérable. Alors, en voyant nos hésitations et nos répugnances, il hésite lui-même, et garde son vice rédhibitoire. Qui oserait insister et prendre la lourde responsabilité d'une opération si minime en apparence et si sérieuse en réalité? Comment dans ces conditions regrettables faire connaître aux élèves les bienfaits de la chirurgie réparatrice ?

Ce genre malfaisant d'insalubrité qui plane incessamment sur nos grands hôpitaux change le caractère d'un grand nombre d'opérations qui ne devraient être qu'utiles et innocentes et qui se trouvent transformées en opérations dites de complaisance, c'est-à-dire d'une légitimité douteuse. Un doigt ankylosé, un orteil surnuméraire gênent les fonctions de la main ou du pied. Les enlève-t-on, opération de complaisance. Un varicocèle énorme, des varices incommodes, une loupe disgracieuse molestent certaines personnes, qui nous demandent à être débarrassées : cède-t-on à leur désir, opérations de complaisance. De même pour une petite tumeur hypertrophique de la mamelle, pour un lipome, pour un hygroma, pour un corps étranger articulaire, etc., pour une foule d'affections chirurgicales qu'il serait opportun d'opérer de bonne heure avant qu'elles aient fait de grands progrès, mais qu'on n'ose toucher de peur d'une catastrophe.

Autre inconvénient, autre déviation pratique. L'instrument tranchant est à coup sûr l'agent par excellence de la diérèse ; il réunit toutes les qualités désirables quant à l'exécution : rapidité, sûreté, précision, élégance ; mais les plaies qu'il produit sont malheureusement plus exposées que toute autre à des complications funestes.

D'où la légitimité de la guerre qu'on lui fait, d'où la substitution d'autres moyens pleins d'inconvénients et qui n'ont d'autre mérite que de conjurer un peu mieux les accidents consécutifs, mais d'où aussi des exagérations singulières, l'ablation des tumeurs, la lithotomie par les caustiques, l'abus de la ligature lente et de la ligature extemporanée, etc. Certes l'idée de faire l'amputation des membres en broyant les chairs et en brisant les os est étrange, pour ne rien dire de mieux, et justice est déjà faite de cette aberration opératoire; mais il faut convenir qu'en présence des résultats que donnent dans nos grands hôpitaux les amputations même pour cause organique, on semble autorisé à chercher partout, même dans le champ de l'excentricité. Jamais semblables bizarreries n'auraient chance de se produire dans un hôpital à l'abri des affections septiques et infectieuses, où la réunion immédiate réussirait d'ordinaire et où la cicatrisation ne serait pas soumise à de fâcheux écarts.

Je m'arrête, bien avant d'avoir épuisé le sujet ; mais, sans avoir rien exagéré, je crois avoir prouvé surabondamment mon théorème initial, c'est-à-dire que l'art et la science, l'enseignement et la pratique de la chirurgie sont profondément modifiés, entièrement dénaturés dans un hôpital populeux et insalubre. J'ai montré le professeur de clinique toujours esclave du milieu où il enseigne et condamné à faire non pas ce que la science indique et commande, mais ce que ce milieu permet.

J'ai montré l'élève quittant Paris avec une éducation incomplète et des idées fausses sur une foule de points de thérapeutique chirurgicale. Devenu praticien lui-même et responsable de son action et de son inaction, il arrivera peut-être à se faire de nouveaux dogmes à ses risques et périls, s'il possède d'ailleurs l'esprit d'initiative ; dans le cas contraire, il s'immobilisera derrière une tradition surannée, stérile, impuissante, pleine de préjugés contre les innovations et les progrès utiles.

Tout le monde est donc intéressé à ce qu'un tel état de choses finisse. La chirurgie française à notre époque n'est pas téméraire; elle professe un profond respect pour la vie du malade, et ne veut pas vivre d'aventures. Aussi, à force de sagesse et de prudence, elle devient timide et presque réactionnaire. On le lui reproche à l'étranger sans pénétrer les causes de cette tendance. Il en serait tout autrement, soyez en sûrs, si nous avions les coudées franches, et je me représente d'ici ce que seraient des services hospitaliers dirigés par nos grands chirurgiens si l'érysipèle, l'infection purulente ou putride y étaient inconnus ou seulement très-exceptionnels.

A ceux qui, ne pouvant pas changer nos vieux hôpitaux, sont char-

gés du moins d'en construire de nouveaux, nous demandons des salles où l'on puisse faire des ovariotomies, des résections du membre inférieur, des amputations primitives, où la réunion immédiate réussisse, où l'on ne soit pas exposé à la mort pour une incision de quelques centimètres. Est-ce là une exigence exorbitante, irréalisable?

Par quels moyens y parvenir? nous dit l'administration pleine de bonne volonté et de bons sentiments. Eh! mon Dieu, la chose est bien simple : il faut subordonner les architectes aux médecins, seuls compétents, et sacrifier sans hésitation la forme au fond. Mais, répond-elle, les médecins et les hygiénistes ont été consultés et écoutés; c'est avec leur concours qu'on a bâti l'hôpital Lariboisière. Ils demandaient de petites salles, des promenoirs couverts, une grande circulation aérienne, un ameublement convenable, une literie confortable, nous avons tout accordé, et jusqu'au luxe qu'on ne nous demandait pas, et vous n'êtes point satisfaits, et vous dites que cet hôpital modèle est infiniment meurtrier, et vous l'appelez le *Versailles de la misère*. Que voulez-vous donc, et de quel droit réclamez-vous une ingérence qui a donné de tels résultats ?

Il faut en convenir, Messieurs, l'argument est spécieux, mais il n'est pas sans réplique. Lors de la construction de Lariboisière, tout le monde s'est trompé, aussi bien la commission médicale consultée que l'Assistance publique : on a cru de bonne foi remplir un programme excellent. Mais, outre que la question de l'hygiène des hôpitaux a fait depuis cette époque des progrès immenses, il est facile de prouver qu'on n'a réalisé qu'en apparence les conditions jugées bonnes *a priori*.

On ne connaissait pas alors les dangers inhérents à l'agglomération d'un trop grand nombre de malades dans un même établissement; on supposait toujours possible de remédier aux inconvénients du nombre par une certaine architecture et une ventilation proportionnelle; on a donc fait sans remords un hôpital de 600 lits, quand tout démontre aujourd'hui que le maximum de population ne doit pas atteindre le chiffre de 400.

On a voulu faire de petites salles; on n'y a placé, en effet, que 32 malades en moyenne, mais on a fait deux étages qui communiquent largement entre eux et avec le rez-de-chaussée par la cage commune de l'escalier, d'où résulte qu'en superposant trois salles de 32 lits on est arrivé au même résultat que si on les avait juxtaposées bout à bout, c'est-à-dire qu'on obtient une grande salle de 96 lits avec deux intersections insuffisantes.

On a disposé pour les malades turbulents ou atteins d'affections contagieuses des chambres qui paraissent isolées, mais qui ne le sont

nullement en réalité, puisqu'elles s'ouvrent largement dans la salle commune.

On a voulu donner à chaque malade un grand nombre de mètres cubes d'espace; on y est parvenu en élevant beaucoup les plafonds, sans réfléchir que si, dans un vaisseau comme Notre-Dame, on rapprochait beaucoup les lits, on aurait encore l'insalubrité malgré l'espace relativement prodigieux qui semblerait réparti à chaque habitant, l'élévation ne remplaçant en aucune façon l'espace latéral.

On a voulu que l'air, déjà généreusement réparti, fût encore activement renouvelé, et l'on a établi des appareils de ventilation aussi énergiques qu'ingénieux. Mais ici encore on a confondu deux choses distinctes, la circulation aérienne avec l'aération naturelle.

En un mot, on a fait avec loyauté et bonne volonté une expérience très-coûteuse qui n'a pas réussi et qui était d'avance frappée de stérilité.

Mais veuillez bien considérer qu'une exigence n'a point été satisfaite, et qu'aujourd'hui d'un commun accord elle est jugée fondamentale : nulle part on n'a combattu efficacement le fléau nosocomial par excellence, l'encombrement. Au moment où je parle, il n'est pas dans nos hôpitaux une seule salle qui ne soit encombrée; toutes, grandes ou petites, sont trop pleines, les lits sont trop rapprochés, l'espace insuffisant, et telle est, n'en doutez pas, la cause principale de l'insalubrité.

Puisque l'administration ne demande pas mieux que de poursuivre le progrès par tous les moyens possibles, puisqu'elle consent à s'inspirer de nos recherches et de nos conseils, qu'elle fasse une expérience fort simple que jusqu'ici elle n'a jamais tentée, qu'elle nous donne l'espace; en supposant, contre toute prévision, que ce nouvel essai soit infructueux, dix ans suffiront pour acquérir une conviction, et si cette fois encore nous nous trompons ensemble, nous nous remettrons à l'ouvrage et nous chercherons ailleurs.

Cette expérience d'ailleurs ne saurait être coûteuse, et sa réalisation n'offre que des difficultés médiocres. Nous dirions donc volontiers : Point d'expropriations onéreuses, point de monument splendide et inutile, seulement de l'espace. Il y a dans certains quartiers de Paris des terrains qui sont encore à bon marché; puisqu'il nous faut beaucoup de place, choisissez celle qui ne sera pas chère. La distance ne nous fait rien; nous irons là où vous nous mettrez, et les malades aussi. Faites-nous des pavillons à un seul étage, séparez complétement le rez-de-chaussée du premier, construisez en plâtre et en fer; chauffez-nous suffisamment en hiver, rafraîchissez-nous

en été : des poêles et des fenêtres ouvertes, c'est tout ce qu'il nous faut.

Construisez des salles petites ; mais là où vous mettiez 15 lits, mettez-en 6 seulement ; que l'hôpital ne renferme pas plus de 200 lits. Ne nous accordez rien de superflu, rien que le strict nécessaire, et voyons ensemble ; la statistique attentivement interrogée ne tardera pas à répondre.

Voilà le seul langage que nous puissions tenir. Il ne renferme ni reproche ni agression. Le bon sens et l'envie de faire le bien nous le dictent. Après cela, notre responsabilité est à couvert, et si l'on ne nous écoute pas, nous n'aurons plus qu'à faire l'ablution de Pilate.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Pour le secrétaire, F. Guyon.

Séance du 2 novembre 1864.

Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale.*

— M. Follin présente pour le concours du prix Duval deux exemplaires de la thèse de M. A. Dubuc, intitulée : *Des syphilides malignes précoces.* Paris, 1864.

— M. le docteur Ehrmann (de Mulhouse) adresse à la Société, par l'entremise de M. Verneuil, trois moules en plâtre représentant les phases diverses d'une opération d'*uranoplastie* pratiquée pour un cas de division congénitale complète. L'observation sera communiquée dans une séance suivante, en même temps que la note récemment envoyée par M. Ollier, sur la régénération du périoste de la voûte palatine.

— M. Verneuil dépose sur le bureau un Mémoire de M. le docteur Gauthier (de Genève), intitulé : *D'une des causes principales de mortalité dans les hôpitaux à la suite des opérations chirurgicales.* Ce travail peut intervenir utilement dans la discussion actuelle ; il est renvoyé à une commission composée de MM. Blot, Verneuil et Lefort.

DISCUSSION.

Hygiène hospitalière.

M. BOINET lit un travail sur la reconstruction de l'Hôtel-Dieu. Ce travail était destiné à un journal quotidien ; en voici quelques extraits :

.... Depuis Tenon, on a bâti plusieurs hôpitaux, mais on n'a tenu aucun compte des préceptes importants qu'il avait si bien établis. Si on veut bien se donner la peine d'examiner les différentes constructions qui ont été faites depuis trente ans, on reconnaîtra que ce n'est point d'après des motifs de santé qu'on a choisi leur emplacement, mais plutôt d'après des convenances prises des terrains qu'on possédait, et du besoin d'agrandir des hôpitaux déjà construits pour le nombre des malades qui augmentait. A son origine, un hôpital consistait souvent en une, deux ou trois maisons données par un bienfaiteur, ainsi Necker, Cochin, Beaujon, l'Hôtel-Dieu lui-même ; et sans se préoccuper si l'emplacement réunissait toutes les conditions désirables de position, de construction et de salubrité, on y mettait des malades ; puis, pour se tenir au niveau des besoins toujours croissants de la population, on agrandissait ces maisons, devenues hôpitaux, pour profiter des terrains qui souvent entouraient ces maisons ; et qu'en résultait-il ? que d'une maison qui ne contenait qu'un certain nombre de lits et qui était salubre *parce qu'il n'y avait pas d'encombrement*, on faisait un vaste hôpital, qui devenait insalubre parce qu'il devenait un grand hôpital de 400, 500 ou 600 lits et même plus, qu'on diminuait les cours et les jardins, si même on ne les supprimait. Ainsi a-t-on fait de Beaujon, de Cochin, de Necker, de Saint-Antoine, etc., et ces hôpitaux, qui étaient dans des conditions de salubrité exceptionnelles il y a trente ans, lorsqu'ils ne contenaient que 100 à 150 lits, sont devenus, comme l'Hôtel-Dieu, Saint-Louis, la Charité, comme tous les grands hôpitaux en un mot, des foyers d'infection où les opérations ne réussissent plus aussi bien que par le passé, c'est-à-dire à l'époque où ces maisons contenaient moins de malades et étaient moins encombrées.

Tous ceux de nos confrères qui se sont occupés de l'hygiène de nos hôpitaux, soit à l'Académie, soit dans la presse médicale, soit dans des travaux particuliers, ont cherché à montrer pourquoi nos hôpitaux n'étaient pas salubres, et pourquoi les grandes opérations réussissaient mieux en province, en ville et même dans les hôpitaux étrangers que dans ceux de Paris.

Pour démontrer la cause de l'insalubrité de nos hôpitaux de Paris,

nous ne nous donnerons pas la peine de les comparer avec ceux de Londres ou de la province, de les examiner sous le rapport de leur construction, de leur grandeur, des soins donnés aux malades, de la manière de les nourrir et de les panser, il nous suffira de comparer entre eux les hôpitaux de Paris, où toutes les conditions de soins sont les mêmes.

En effet, si on compare certains hôpitaux, et si on les étudie à différentes époques, tels qu'ils étaient, par exemple, il y a seulement trente ans et tels qu'ils sont aujourd'hui, on sera frappé de la différence qui existe dans le résultat des opérations faites à ces différentes époques, et on ne tardera pas à reconnaître la véritable cause des insuccès dans nos hôpitaux de Paris. Qu'on compare, par exemple, Necker, Cochin, Saint-Antoine, tels qu'ils étaient de 1825 à 1840, à Necker, Cochin, Saint-Antoine, tels qu'ils sont aujourd'hui, et l'on verra la différence qui existe entre ces deux époques pour le résultat des opérations. Il y a moitié de différence.

En effet, les agrandissements qu'on a fait subir à plusieurs de ces hôpitaux, à Necker, Cochin, Beaujon, Saint-Antoine, ou le grand nombre de lits qu'on a entassés dans ceux qu'on fait, comme à Lariboisière, en augmentant considérablement le nombre des malades, ont diminué d'autant les conditions de salubrité que les premiers avaient autrefois; et l'hôpital Necker, l'hôpital Cochin et l'hôpital Saint-Antoine, depuis qu'ils sont devenus de grands hôpitaux, qu'on a diminué les cours et les jardins pour y construire de nouvelles salles, sont devenus moins salubres, et les opérations n'y réussissent pas mieux désormais que dans les autres grands hôpitaux. Cette opinion n'est point hasardée, et il est facile de la vérifier; elle résulte d'un travail aussi long que pénible que nous avons entrepris dans le but de savoir quels étaient les hôpitaux de Paris où les opérations réussissaient le mieux. Ce travail a montré que les opérés guérissaient mieux à Necker, Cochin, Saint-Antoine, alors qu'ils n'étaient que de petits hôpitaux, qu'aujourd'hui qu'ils sont devenus de grands hôpitaux, et que la mortalité, dans ces hôpitaux, comparée année par année, était de moitié moins grande qu'à l'Hôtel-Dieu.

Dans plusieurs articles (*Gaz. méd. de Paris,* 1838, nº 34, et 1839, nº 42; et *Union méd.,* 1862, p. 7) que nous avons publiés à l'occasion de la démolition et de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu, nous avons rappelé toutes les causes d'insalubrité des hôpitaux de Paris, déjà signalées par Tenon... En examinant l'Hôtel-Dieu depuis son origine jusqu'à l'époque actuelle, nous avons indiqué tout ce qu'avait conseillé Tenon : la création de petits hôpitaux aux barrières de Paris, la création d'hôpitaux pour les convalescents, la diminution des lits dans

les grands hôpitaux et dans les salles, pour éviter l'encombrement, la suppression des hôpitaux à trois ou quatre étages, enfin la séparation des salles entre elles, non par de simples cloisons, comme à Saint-Louis, à la Charité, à la Pitié et ailleurs, mais la séparation par de larges espaces aérés et sans communication avec des corridors, comme à Lariboisière.

Que de millions ont été employés à des modifications, à des constructions de détail, gênées par de mauvais emplacements, à des réparations de toute espèce renouvelées sans cesse ! La même somme eût pu servir à construire de nouveaux hôpitaux, plus en rapport avec les besoins de l'époque et avec l'état de la science. Aujourd'hui, nos hôpitaux, avec toutes leurs améliorations, avec toutes les réformes sans nombre qu'ils ont subies, ne sont pas encore des asiles convenables pour guérir les malades, et puisqu'il s'agit de construire un nouvel Hôtel-Dieu, profitons donc de l'expérience du passé et tâchons d'avoir un hôpital qui soit un modèle sous tous les rapports.

.... Il est bien établi que l'encombrement, surtout le défaut d'air et de lumière, l'humidité, les émanations fétides, sont les causes principales des accidents qui surviennent spontanément sur des plaies simples, comme sur celles qui sont accidentelles, chez des malades dont la constitution paraît vigoureuse et dont la santé a été toujours bonne. Il est donc de toute sagesse et de toute humanité de chercher à éloigner ces causes dans la construction d'un hôpital. Ce qui frappe surtout dans les hôpitaux où il y a un grand nombre de malades, c'est le caractère adynamique des affections, l'état de faiblesse et de prostration dans lequel tombent ces malades, affaiblissement qui souvent est loin d'être en rapport avec le mal local. Qui ne sait aujourd'hui qu'un hôpital, même bien exposé, soumis à une ventilation plus que suffisante, où le linge et les vivres sont en abondance, ne préserve pas les malades des accidents inhérents aux établissements qui renferment un grand nombre d'individus ?...

.... Il faut donc en conclure qu'un hôpital placé au centre d'une grande ville, sur les bords d'une rivière qui l'expose à l'humidité, aux brouillards, au milieu d'un air impur, n'ayant ni cours ni jardins et *renfermant une population trop nombreuse* relativement à l'espace sur lequel il est construit, doit être un mauvais hôpital et qu'il donnera lieu à tous les accidents que nous avons signalés.

M. Boinet passe en revue tous les arguments développés par l'administration en faveur de son projet. Il reproduit les objections déjà développées par les précédents orateurs, insalubrité de la position, insuffisance de l'espace, extrême étroitesse des cours, hauteur et nombre des étages, encombrement, dépense excessive, et il conclut

en ces termes à la construction d'un Hôtel-Dieu de 250 à 300 lits sur la rive gauche de la Seine :

« Le nouvel Hôtel-Dieu, élevé du côté de la rue de la Bûcherie, dans une partie de l'espace compris entre la place Maubert et la rue Saint-Jacques, entre le boulevard Saint-Germain et le quai Montebello, qui ne serait plus un quai puisqu'il faudrait combler le petit bras de la Seine, aurait toutes les conditions hygiéniques et de commodité qu'on doit exiger ; il répondrait à tous les besoins, et réunirait tous les avantages qu'on doit se proposer dans un hôpital salubre ; n'étant plus situé sur les bords de la Seine, il ne serait exposé ni à l'humidité, ni aux brouillards, ni aux émanations du fleuve... il aurait une étendue de terrain convenable et tout l'espace qu'on pourrait désirer pour éviter l'encombrement. Déjà l'administration possède une partie du terrain, et celui qu'elle aurait à acheter dans cet endroit est d'un prix de beaucoup inférieur à celui sur lequel elle se propose de construire. »

M. Boinet insiste sur une mesure générale de réorganisation proposée par lui il y a vingt-cinq ans, et qu'il propose encore.

Il voudrait, pour satisfaire à toutes les indications de l'hygiène, pour avoir des hôpitaux vastes, aérés, pourvus de jardins, avec des salles de 15 à 20 lits, des pavillons séparés pour les opérés, il voudrait qu'on ne conservât au centre de Paris que des hôpitaux d'enseignement de 250 à 300 lits, et qu'on transportât peu à peu tous les autres vers l'enceinte de la ville, en restreignant leur capacité à 150 à 200 malades. Il faudrait alors multiplier les établissements, ce qui permettrait de les placer mieux à la portée des malades.

M. Boinet expose que cette vaste opération pourrait être effectuée graduellement avec les ressources résultant de la vente des terrains actuellement occupés par les hôpitaux.

M. LEGOUEST prend la parole.

Messieurs,

En prenant la parole sur l'hygiène hospitalière, je me propose de sortir du domaine des généralités où quelques-uns de nos honorables collègues se sont, à mon avis, trop renfermés, sans entrer cependant, comme d'autres l'ont fait, dans de minutieux détails. Les opinions émises d'une manière générale ne font qu'une impression légère sur les esprits, et les détails trop multipliés les fatiguent. Si les mémoires de Tenon sur les hôpitaux de Paris ont une aussi grande autorité, c'est qu'ils ont mis en lumière des faits essentiellement pratiques. Mais les faits eux-mêmes se perdent dans la série des temps, et les enseignements qu'ils portent avec eux sont oubliés ou négligés. C'est

donc sur les faits qu'il faut incessamment ramener l'attention. Je vais l'essayer.

Je pense, contrairement à l'opinion que vient d'émettre notre collègue M. Giraldès, que le nombre des décès dans les hôpitaux donne la mesure de la salubrité de ces établissements, lorsque les conditions nosocomiales sont régulières, lorsque ne surviennent pas, pour une cause ou pour une autre, des mortalités insolites. Et, lorsque des hôpitaux ne reçoivent qu'une population homogène, c'est-à-dire des malades du même sexe, tous âgés de vingt à trente-cinq ans au plus, exerçant la même profession et par conséquent soumis aux mêmes causes de maladie, étant de plus, au point de vue physique, l'élite des jeunes hommes du pays, il me semble que la mortalité de pareils établissements doit osciller plus que celle de tout autre avec les conditions de leur salubrité.

En vue de la discussion actuelle, j'ai donc cru devoir rechercher et comparer la mortalité et les conditions de salubrité de quelques hôpitaux militaires de Paris : j'ai choisi le Val-de-Grâce et le Gros-Caillou, parce que ces deux établissements n'ont jamais été fermés depuis qu'ils ont été mis en service, et parce qu'ils ont été l'objet d'améliorations successives; j'y ai joint l'hôpital de Vincennes afin de pouvoir comparer la mortalité d'un hôpital suburbain avec celle des deux autres, qui sont des hôpitaux urbains.

Pour les hôpitaux du Val-de-Grâce et du Gros-Caillou, j'ai pris une période de trente-quatre ans, de 1830 à 1863 inclusivement. Pendant ce laps de temps, le Val-de-Grâce a toujours été régi par économie, c'est-à-dire directement par l'administration militaire; le Gros-Caillou a été régi par entreprise de 1830 à 1839; quant à l'hôpital de Vincennes, depuis son installation, qui date de juillet 1858, il est régi par économie.

Je crois indispensable de rappeler en quelques mots la disposition générale de ces hôpitaux et les améliorations qu'ils ont reçues.

L'hôpital du Val-de-Grâce, ancienne maison conventuelle, est un établissement fort irrégulier comme hôpital; il se compose d'un grand bâtiment quadrilatère, à peu près exactement orienté nord et sud-est et ouest, élevé de trois étages avec entre-sol, et circonscrivant une cour cloîtrée, d'une part; d'autre part, de trois bâtiments à rez-de-chaussée, un étage et combles, situés au milieu de jardins et reliés au cloître et entre eux par de longues galeries couvertes et fermées. Ces derniers bâtiments, orientés dans leur longueur nord et sud, datent de 1838.

Dans le vieux Val-de-Grâce se trouvent tous les services accessoires; les officiers malades, logés dans des salles d'un à six lits; des

soldats malades (vénériens, peu de fiévreux), dans des salles dont quelques-unes basses et mal aérées ont jusqu'à 75 lits ; enfin, la communauté des sœurs de Charité.

Les bâtiments neufs renferment chacun quatre salles de soldats malades de 50 lits, excepté le bâtiment C, affecté aujourd'hui, par une mesure qui sera rapportée sans doute, au casernement des infirmiers.

La superficie totale des terrains occupés par cet établissement est de 90,535 mètres carrés ; la superficie occupée par les constructions est de 13,233 mètres carrés : sa contenance officielle en malades est de 927 ; mais il peut loger 19 officiers ou employés, dont plusieurs sont mariés, 287 infirmiers et 40 sœurs de Charité ; total général : 1,280 personnes.

Il en résulte qu'à chacun de ces 1,280 habitants, malades ou valides, le Val-de-Grâce donne un espace de plus de 70 mètres carrés. Si l'on ne calcule cet espace que sur la contenance officielle de 927 malades, chacun de ceux-ci a près de 98 mètres carrés, comme à l'hôpital Saint-Louis. Mais comme le mouvement journalier des malades n'atteint jamais ou n'atteint qu'exceptionnellement la limite maximum de la contenance, le nombre de mètres affecté à chacun d'eux devient beaucoup plus considérable ; ainsi, le Val-de-Grâce comptait, le 15 octobre, 371 malades, et donnait par conséquent à chacun d'eux un espace de 245 mètres carrés environ.

De plus, les vastes jardins de cet établissement, véritables réservoirs d'air, s'ouvrent largement à l'est, et, circonstance importante à noter, dominent tous les quartiers environnants.

L'hôpital militaire du Gros-Caillou est situé au coin de la rue de la Vierge et de la rue Saint-Dominique-Gros-Caillou, à cent mètres du Champ de Mars, dont il est séparé par un rideau élevé de maisons particulières, à trois cents mètres du quai d'Orsay, dans les mêmes conditions. Il occupe un quartier bas et humide, dans la vallée de la Seine, dont il ne reçoit pas les vents, garanti ou mieux privé qu'il en est par les constructions voisines.

Il se compose 1° d'un massif de petits bâtiments à un étage, assez irrégulièrement distribués, présentant trois petites cours intérieures et renfermant tous les services accessoires : les sœurs de Charité, les officiers malades et les vénériens ;

2° D'un bâtiment isolé au milieu d'une grande cour plantée d'arbres, orienté nord et sud ; contenant un rez-de-chaussée, deux étages et des combles. Chaque étage compte deux salles de 36 lits disposés sur deux rangs : total, six salles de 36 lits ayant chacune

douze fenêtres opposées les unes aux autres. Par une galerie du rez-de-chaussée, l'extrémité ouest de ce bâtiment communique avec

3° Un bâtiment datant de 1844, exposé est et ouest, renfermant aussi trois étages et six salles, mais chacune de 22 lits seulement. Ce bâtiment ferme à l'ouest la cour disposée en jardin, et n'est séparé que par un espace de 10 mètres des maisons voisines.

La superficie totale des terrains occupés par cet établissement est de 16,300 mètres carrés; la superficie occupée par les constructions est de 5,579 mètres carrés. Sa contenance officielle en malades est de 633; en infirmiers ou employés, 236; plus 25 sœurs de Charité. Ce qui donne pour chaque habitant, valide ou malade, un peu plus de 18 mètres carrés; pour chaque malade, 25^{m},70^{c} carrés, c'est-à-dire près de moitié moins d'espace qu'à la nouvelle Maison de santé, où chaque malade n'a que 42 mètres. Je me hâte d'ajouter que son personnel est toujours loin d'être complet et que ses lits sont loin d'être toujours occupés. Son mouvement, le 25 octobre, était de 187 malades; chacun de ceux-ci avait alors un espace de plus de 87 mètres carrés.

Voilà pour les hôpitaux urbains.

L'hôpital de Vincennes est situé à peu près à l'entrée de cette localité, à droite de la route de Paris à Strasbourg, au delà de Saint-Mandé. Il se compose de deux longs bâtiments orientés nord et sud, distants de 80 mètres, réunis par une galerie couverte et à rez-de-chaussée, située à leur extrémité ouest, avec un corps de logis formant façade vers la route, orienté est et ouest et renfermant les services accessoires. Les bâtiments parallèles ont un rez-de-chaussée, deux étages et des combles.

Cet établissement, le seul des établissements militaires qui ait un appareil de ventilation, passe pour être le modèle-type des hôpitaux à construire : ses jardins s'ouvrent à l'est vers le bois de Vincennes; la superficie totale des terrains qui lui appartiennent est de 44,400 mètres carrés; ses constructions occupent 5,250 mètres carrés. Il peut contenir 642 malades et donne à chacun d'eux un espace de 70 mètres carrés environ; mais son mouvement journalier habituel est au-dessous de 200 malades; le 23 octobre il était de 171; chaque malade avait par conséquent un espace de près de 250 mètres carrés.

J'arrive aux faits et à leurs déductions pratiques. J'ai relevé le nombre des malades traités et le nombre des décès dans ces trois hôpitaux; pour le Val-de-Grâce et pour le Gros-Caillou, depuis 1830 jusqu'en 1863, comme je l'ai dit; pour l'hôpital de Vincennes depuis sa mise en service en juillet 1858, et j'ai dressé le tableau suivant :

État des malades traités et des décès dans les hôpitaux militaires du Val-de-Grâce, du Gros-Caillou et de Vincennes.

ANNÉES.	VAL-DE-GRACE.			GROS-CAILLOU.			VINCENNES.			OBSERVATIONS.
	Malades traités.	Décès.	Proportion pour 100.	Malades traités.	Décès.	Proportion pour 100.	Malades traités.	Décès.	Proportion pour 100.	
1830	5,488	493	3,51	5,267	472	3,27				
1831	11,820	659	5,59	10,054	658	6,54				
1832	15,388	913	5,98	9,721	876	9,02				Épidémie de choléra.
1833	11,861	434	3,66	7,679	394	5,09				
1834	10,097	349	3,45	7,593	309	4,07				
1835	8,796	336	3,82	7,415	357	4,82				
1836	6,939	255	9,67	4,898	210	4,29				
1837	6,694	396	5,92	6,342	419	6,61				
1838	7,326	638	8,70	6,970	520	7,46				
1839	7,001	430	6,13	6,266	443	7,08				
1840	8,212	479	5,74	7,748	509	6,58				
1841	10,583	595	5,63	6,541	376	5,75				Augmentation de l'effectif de l'armée. — Affaires d'Orient.
1842	6,410	270	4,24	6,433	287	4,67				
1843	6,402	208	3,25	4,632	289	6,24				
1844	5,704	209	3,66	3,911	147	3,76				
1845	4,848	165	3,40	3,972	197	4,96				
1846	6,565	234	3,52	5,004	224	4,48				
1847	8,497	402	4,73	3,621	251	6,94				
1848	15,094	564	3,74	10,549	274	2,60				Troubles civils. — Février, juin.
1849	12,268	868	7,08	11,667	744	6,38				Choléra.
1850	8,417	242	2,87	6,462	151	2,34				
1851	8.052	218	2,71	6,244	203	3,25				
1852	8,012	225	2,81	5,807	160	2,76				Choléra.
1853	6,805	260	3,82	3,602	169	4,70				Choléra. — Guerre d'Orient.
1854	10,327	602	5,83	4,588	209	4,56				Guerre d'Orient.
1855	10,034	665	6 63	5,429	225	5,08				Guerre d'Orient.
1856	10,626	325	3,05	4,897	115	2,35				
1857	8,279	337	4,07	5,085	142	2,79				
1858	7,019	214	3,00	3,907	118	3,02	1,350	18	1,33	
1859	10,366	341	3,29	6,033	173	2,87	4,464	114	2,55	Guerre d'Italie.
1860	8,292	344	4,15	5,595	151	2,70	2,532	89	3,57	
1861	6,967	201	2,89	4,080	150	3,68	3,838	55	1,43	
1862	6,064	173	2,85	4,122	120	2,91	2,743	46	1,38	
1863	5,032	163	3,24	2,512	68	2,71	2,745	52	1,88	
Total. .	290,279	12,901	4,445	204,346	9,807	4,880	17,672	374	2,110	

Dans ces périodes tout entières, on trouve que la mortalité générale est pour le Val-de-Grâce de 4,445 pour 100, pour le Gros-Caillou de 4,880 pour 100, pour l'hôpital de Vincennes de 2,110 pour 100.

Les deux premiers établissements ont reçu, depuis un certain nombre d'années, des améliorations qui ont fait fléchir la mortalité. Dans la période comprise entre 1858 et 1863, commune aux trois hôpitaux, la proportion des décès a été pour le Val-de-Grâce de 3,276 p. 100, pour le Gros-Caillou de 2,971 pour 100. Néanmoins la différence en faveur de l'hôpital de Vincennes est encore sur le Val-de-Grâce de 1,166 pour 100, sur le Gros-Caillou de 0,861 pour 100; et il y a tout lieu de l'attribuer non-seulement à la bonne installation de cet hôpital, mais surtout à sa situation à la campagne.

J'ai dit tout à l'heure que le Val-de-Grâce avait reçu des améliorations : ces améliorations consistent dans la construction des bâtiments au milieu des jardins et dans l'abandon progressif, comme logement de malades, du bâtiment du cloître.

Les nouveaux bâtiments datent de 1838 et ont été occupés en 1840. En comparant la mortalité de 1830 à 1840 à celle des périodes décennales qui suivent, nous verrons combien cet hôpital a gagné en salubrité.

De 1830 à 1840, il a reçu, dans les vieux bâtiments exclusivement, 99,619 malades, sur lesquels il en a perdu 5,082; proportion des décès, 5,101 pour 100.

De 1841 à 1851, les vieux bâtiments ont été peu à peu vidés, sans être abandonnés; ils ont reçu les officiers, des vénériens et un certain nombre de fiévreux. Dans cette période, le Val-de-Grâce a reçu 92,837 malades; il en a perdu 3,972; proportion des décès, 4,278 pour 100.

De 1852 à 1863 il a reçu, dans les mêmes conditions, 97,823 malades; il en a perdu 3,847; proportion des décès, 3,932 pour 100.

A mesure que nous avançons vers 1863 et que nous abandonnons le vieux Val-de-Grâce, c'est-à-dire les salles de 70 lits et les bâtiments à trois étages; à mesure que nous pouvons laisser reposer les salles de malades, s'il est permis de s'exprimer ainsi, c'est-à-dire que nous pouvons les laisser alternativement vides pendant un mois, six semaines, deux, trois mois et plus, nous voyons baisser la mortalité. Dans la première période elle est de 5,101 pour 100; dans la deuxième de 4,278 pour 100; dans la dernière de 3,932 pour 100. Différence entre la première et la dernière période : 1,169 pour 100. Dans l'espace de trente-quatre ans, la mortalité du Val-de-Grâce est donc descendue de 1,169 pour 100. Peut-être trouvera-t-on que c'est peu

de chose ; mais chacun de nous, je n'en doute pas, s'estimerait heureux de faire partie de cette petite minorité.

Le travail que j'ai fait pour le Val-de-Grâce, je l'ai fait aussi pour le Gros-Caillou, et il m'a donné les résultats suivants :

De 1830 à 1840, l'hôpital du Gros-Caillou a reçu 79,953 malades ; il en a perdu 4,864 ; proportion des décès, 6,083 pour 100.

De 1841 à 1851, il a reçu 68,736 malades ; il en a perdu 3,143 ; proportion des décès 4,572 pour 100. C'est dans cette période qu'a été élevé le bâtiment neuf dont nous avons parlé (1841-1843) ; que les locaux affectés aux malades ayant été agrandis ont permis de laisser chômer successivement des salles jadis toujours occupées. En même temps, le nombre des malades reçus diminue notablement ; il était de 79,953 dans la première période, il est de 68,736 dans la seconde : différence 11,217.

Dans la période de 1852 à 1863, pendant laquelle de grands travaux d'assainissement, larges boulevards, égout collecteur, plantation d'arbres, etc., ont été exécutés dans le quartier du Gros-Caillou, l'hôpital a reçu 55,657 malades ; il en a perdu 1,800 ; proportion des décès, 3,234 pour 100. Le nombre des malades entrés a diminué dans une proportion plus notable encore que celle de la seconde période comparée à la première, de 13,079.

Ici, et d'une façon plus marquée qu'au Val-de-Grâce, à mesure que nous avançons vers 1863, c'est-à-dire que le mouvement des malades diminue, que ceux-ci sont plus au large, que le principe des salles de rechange peut être régulièrement appliqué, la mortalité baisse : elle était de 6,083 pour 100 dans la première période ; de 4,572 pour 100 dans la deuxième ; elle est dans la troisième de 3,234 pour 100 ; différence entre la première et la dernière période, 2,849 pour 100.

Laissant de côté les mortalités insolites des épidémies de choléra, 1832, 1849, 1853, 1854 ; la mortalité qui frappa en 1848 les gardes mobiles, dont nos hôpitaux furent encombrés ; la mortalité qui succéda aux guerres d'Orient, 1854, 1855, 1856, et d'Italie, 1859, laquelle pesa surtout sur le Val-de-Grâce et sur l'hôpital de Vincennes, qui reçut beaucoup de malades du camp de Saint-Maur, nous voyons que la mortalité générale des hôpitaux du Val-de-Grâce et du Gros-Caillou va s'affaiblissant chaque jour. Mais la diminution de la mortalité n'est pas la même dans les deux établissements : de la première à la deuxième période (1841 à 1851), elle est de 0,823 pour 100 au Val-de-Grâce, de 1,511 pour 100 au Gros-Caillou, où néanmoins la mortalité est encore plus grande qu'au Val-de-Grâce. Dans la troisième période (1852 à 1863), la mortalité baisse encore : au Val-de-Grâce, de 0,346 pour 100 ; au Gros-Caillou, de 1,338 pour

100 ; de sorte qu'elle devient moindre au Gros-Caillou qu'au Val-de-Grâce de 0,698 pour 100.

La mortalité moindre du Gros-Caillou, comparée dans cette dernière période à celle du Val-de-Grâce, s'explique très-bien : d'une part, par le petit nombre des malades, 55,657, entrés à cet hôpital, tandis que le nombre des malades reçus au Val-de-Grâce est de 97,823 ; d'autre part, par la qualité des malades reçus au Gros-Caillou, hommes de la garde impériale, mieux payés, mieux nourris, mieux choisis, plus faits que ceux de la ligne. Il est nécessaire de tenir compte de cette condition, lorsqu'on sait que la mortalité générale de la garde impériale est de 7,07 pour 1000, tandis que la mortalité de l'infanterie de ligne est de 9,74 pour 1,000, celle de l'infanterie légère 10,70 pour 1,000. Il n'est pas moins indispensable de rappeler que l'hôpital du Val-de-Grâce est l'établissement sur lequel on évacue, des hôpitaux de la province, tous les malades atteints d'affections internes ou d'affections chirurgicales réputées graves, chroniques, incurables ou nécessitant des opérations sérieuses. Ces circonstances sont de nature à faire considérer comme relative seulement la supériorité de mortalité du Val-de-Grâce sur le Gros-Caillou.

De tout ce qui précède, je pense qu'on peut tirer des conclusions qui sont loin d'être neuves, il est vrai, qui sont analogues à celles que les orateurs précédents ont formulées, mais ne sauraient être assez répétées afin qu'elles s'inculquent profondément dans les esprits et dans l'opinion publique :

1° Les hôpitaux situés en dehors des villes sont plus salubres que les hôpitaux urbains.

2° Les hôpitaux dont les bâtiments destinés aux malades sont construits sur une seule ligne et perdus au milieu de vastes jardins, comme au Val-de-Grâce, sont dans les meilleures conditions.

3° Que si ces conditions sont irréalisables, on peut y suppléer, jusqu'à un certain point, par la construction de salles de rechange, comme on l'a fait au Gros-Caillou en élevant le bâtiment neuf.

4° La mortalité dans les hôpitaux est en rapport relatif avec le nombre des malades, c'est-à-dire qu'un hôpital recevant 300 malades en perdra relativement moins qu'un hôpital en recevant 600 ; si le premier perd 2 pour 100, le second perdra plus de 4 pour 100.

J'ajouterai, pour être juste, que nos hôpitaux diffèrent notablement des hôpitaux civils ; ceux-ci sont toujours pleins, les nôtres le sont très-rarement : c'est ainsi que le mouvement maximum des malades du Val-de-Grâce en 1863 a été de 576, le mouvement minimum de 408, tandis qu'il y a place pour 927 ; et que le mouvement maxi-

mum du Gros-Caillou en 1863 a été de 296, le mouvement minimum de 177, tandis qu'il y a place pour 633 malades. Aussi la mortalité y est-elle sensiblement différente : quand nous voyons la mortalité du Val-de-Grâce, depuis 1830, être de 4,445 pour 100, celle du Gros-Caillou de 4,880 pour 100, nous voyons la mortalité des hôpitaux civils généraux, les seuls que nous puissions comparer aux nôtres, être de 10,138 pour 100 dans la même période. L'hôpital Saint-Louis seul, depuis qu'il a cessé d'être un hôpital spécial, donne une mortalité, 5,45 pour 100, analogue, mais encore supérieure à celle des nôtres ; et c'est aussi le seul hôpital civil dont l'étendue superficielle se rapproche de celle du Val-de-Grâce. Enfin je rappellerai les conditions que je signalais précédemment, à savoir : les différences considérables existant dans la qualité des malades civils et des malades militaires.

Plusieurs de nos honorables collègues ont parlé, à propos de l'hygiène des hôpitaux, des intérêts de l'enseignement professionnel ; d'autres ont abordé les questions d'économie sociale ou d'économie budgétaire. Je terminerai cette allocution, que je crains d'avoir faite trop longue, en disant que le meilleur enseignement qu'on puisse donner est d'économiser la vie des hommes, ce qui est aussi le meilleur moyen de ménager la fortune publique. J'en donne immédiatement la preuve : jadis le budget annuel des hôpitaux, au ministère de la guerre, était calculé d'après cette donnée que le vingtième de l'effectif de l'armée devait être malade et hospitalisé ; aujourd'hui le budget n'est plus calculé que sur le vingt-troisième de l'effectif, et il pourrait l'être sur le vingt-septième, sur le trentième même, si les prévisions étaient moins larges.

A notre époque, les questions d'argent dominent et semblent juger toutes les autres : moins de dépenses et moins de décès, voilà où en est arrivé le ministère de la guerre depuis 1830. Ce très-remarquable résultat a été obtenu, il est vrai, par des procédés complexes, tels que la sévérité apportée dans les opérations du recrutement, l'amélioration du régime du soldat, la délivrance plus opportune de congés de réforme ou de convalescence, etc. ; mais les progrès de notre hygiène hospitalière, il est impossible de le nier, y ont concouru dans une mesure très-importante. Espérons que cet enseignement, s'il est connu de l'administration de l'Assistance publique et de l'édilité parisienne, sera pris en considération dans les projets de reconstruction de l'Hôtel-Dieu.

M. GIRALDÈS. M. Legouest vient de nous démontrer l'excellence du précepte établi par Pillore, de Rouen, précepte que j'ai rappelé,

celui de la nécessité des salles de rechange dans les hôpitaux. M. Legouest a déclaré en commençant son discours que pour lui la mortalité d'un hôpital donnait la mesure de sa salubrité. Les arguments dont il a fait usage démontrent précisément le contraire. N'êtes-vous pas frappés, en effet, de voir dans des conditions identiques la mortalité de la garde toujours moins élevée que celle de la ligne, et celle-ci moindre que celle des troupes légères?

Dans un remarquable travail statistique, le docteur Guy a démontré que la mortalité de Saint-George's hospital, placé dans les plus belles conditions, admirablement tenu et dirigé, est à peu de chose près la même que celle de King's College. Or ce dernier hôpital est dans un quartier resserré, insalubre, masqué par le Collége des chirurgiens et bâti sur un ancien cimetière, tandis que Saint-George est au milieu des parcs immenses de Londres. Le fait sur lequel j'insiste ne m'appartient pas; mais je ne saurais trop répéter que, si l'on veut ne pas se tromper, il faut entrer très-avant dans l'étude des conditions offertes par chaque malade en particulier, et fouiller avant de concluro dans tous les éléments de la question.

M. LEGOUEST. Je crains de m'être fait mal écouter par mon honorable collègue. J'ai dit, et je répète, que les hôpitaux militaires offraient d'excellents éléments de comparaison; que l'on y avait affaire à une population de même sexe, de même âge, soumise aux mêmes conditions hygiéniques et réglementaires; mais j'ai eu soin cependant, avant de comparer, d'écarter tout ce qui pouvait introduire quelque trouble dans mes éléments de comparaison. Ainsi, toutes les causes de mortalité insolite, les guerres de Crimée et d'Italie, les épidémies, puis les conditions individuelles, etc. Je crois donc pouvoir maintenir mes affirmations, et dire que lorsque l'on a ainsi tenu compte de toutes les circonstances accessoires, il faut bien, si la mortalité est plus ou moins forte, reconnaître que le milieu dans lequel on se trouve influe sur ces résultats.

M. TRÉLAT. Les faits énoncés par M. Giraldès sont parfaitement connus; mais il en tire des conclusions erronées. Non, la mortalité d'un hôpital n'est pas le résultat exclusif de sa salubrité, mais elle en est le résultat pour une certaine part que l'on peut apprécier. Quand on étudie la mortalité d'une ville, d'un Etat, et qu'on voit cette mortalité subir des variations, on cherche leur cause, et il est rare qu'elle échappe. Nous appliquons ces données générales aux hôpitaux, et nous cherchons quelles causes font varier leurs résultats mortuaires; et s'il arrive que ces variations soient constantes d'hôpital à hôpital, qu'elles portent sur la totalité des malades, sur les malades do chi-

rurgie, sur certaines opérations semblables, et par conséquent comparables, nous sommes en droit de conclure que cet hôpital, abstraction faite de toute autre influence, est moins favorable à la guérison des malades de médecine, de chirurgie, des amputés, qu'un autre hôpital où les mêmes résultats sont meilleurs.

Assurément, pour tirer des conclusions rigoureuses, il faut comparer entre eux des faits comparables; c'est ce que vient de faire M. Legouest, c'est ce que faisait M. Lefort dans l'une de nos dernières séances, quand il comparait les résultats des amputations et d'amputations identiques dans les hôpitaux des villes et dans ceux de la campagne, dans les petits et les grands hôpitaux; c'est enfin ce que je faisais moi-même quand, à propos de l'hôpital Lariboisière, je disais que le chiffre de mortalité était plus élevé dans toutes ses divisions, que les causes extérieures qu'on avait invoquées n'existaient pas, et que les mêmes opérations y étaient plus meurtrières que dans d'autres hôpitaux.

Je le répète, la salubrité d'un hôpital est l'une des causes qui modifient sa mortalité; mais parce que cette cause n'est pas la seule, il ne faut point la nier. Les administrateurs font assez souvent cette faute de logique que nous devons combattre. Parce qu'un hôpital leur semble bien disposé, ils le déclarent salubre, et si le résultat ne répond pas à leur attente, ils invoquent toutes sortes de motifs, bons ou mauvais, et se refusent à admettre le plus évident de tous, le plus constant, celui qui tient à l'hôpital. Quant à nous, si nous prouvons que, toutes choses égales d'ailleurs, les mêmes faits donnent ici un résultat plus mauvais que là, et cela non pas pendant quelques jours ou quelques mois, mais pendant longtemps, pendant une série d'années, nous avons établi du même coup que cet hôpital-ci est inférieur à cet hôpital-là au point de vue de la salubrité.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Pour le secrétaire, F. Guyon.

Séance du 9 novembre 1864.

Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Les *Archives générales de médecine.* — Le *Montpellier médical.*

— M. le Dr E. Langlebert fait hommage à la Société de chirurgie d'un travail intitulé : *Unicisme et dualisme chancreux.*

— M. M. Perrin, membre correspondant, adresse un Mémoire imprimé : *De l'influence des boissons alcooliques prises à doses modérées sur la nutrition; recherches expérimentales.*

— M. Azam (de Bordeaux), membre correspondant, adresse un exemplaire d'un travail qu'il a lu devant l'Académie, intitulé : *De la mort subite par embolie pulmonaire, dans les contusions et les fractures.*

— **Hygiène hospitalière.** — M. TRÉLAT communique une lettre qui lui a été adressée comme secrétaire de la Société, par M. le Dr Amédée Paris, ancien médecin militaire, actuellement médecin à Angoulême.

Dans cette lettre, M. Paris professe sur l'influence de l'air et du soleil les idées qui ont été émises par tous les orateurs depuis le commencement de la discussion. Il pense qu'il n'est pas possible de donner à un hôpital de bonnes conditions atmosphériques dans le centre de Paris, et voudrait en conséquence que l'Hôtel-Dieu, construit à la campagne, fût relié au Bureau central par un chemin de fer spécial, qui servirait à transporter les malades et leurs parents, les médecins et leurs élèves.

Sans insister sur le côté excessif de ce projet, l'exécution d'un chemin de fer spécial, il est bon de remarquer combien l'idée d'utiliser les chemins de fer pour éloigner les hôpitaux gagne du terrain. Je l'ai indiquée, M. Lefort l'a développée, la lettre de M. Martinenq n'avait d'autre but que de la défendre.

Quoiqu'elle paraisse difficilement réalisable à Paris avec nos habitudes actuelles, il ne me semble pas douteux qu'on y arrive un jour ou l'autre, lorsqu'on aura bien compris et bien interprété les doubles exigences de l'hygiène et de l'assistance hospitalière.

— MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie, présentent un nouvel instrument, le *lithéxère,* destiné à extraire de la vessie les sables et graviers provenant des pierres broyées par les instruments lithotriteurs. Cet instrument a été construit sur les indications de M. Maisonneuve, qui a rédigé la note suivante :

L'opération de la lithotritie comprend deux temps bien distincts :

1° Le broiement de la pierre, ou sa réduction en fragments assez petits pour passer par le canal de l'urèthre;

2° L'élimination de ces fragments eux-mêmes.

Dans les cas simples, alors que la pierre a pu subir une trituration parfaite et que l'émission de l'urine se fait avec une entière liberté, le dernier temps peut s'effectuer à la rigueur sans intervention de l'art.

Mais pour peu que ces conditions se modifient, que la pierre, en raison de sa dureté, se brise en fragments anguleux, ou qu'un obstacle existe à la sortie de l'urine, ce temps peut se compliquer des difficultés les plus graves, outre qu'il est l'occasion principale de ces douleurs et de ces accidents si redoutables qui se renouvellent chaque fois qu'un fragment un peu volumineux vient à s'arrêter dans le canal.

Jusqu'à présent, le génie inventif des chirurgiens n'avait imaginé pour ces circonstances que d'assez faibles palliatifs. C'étaient des sondes métalliques volumineuses, par lesquelles on essayait d'expulser les débris de la pierre au moyen d'injections, ou bien encore des pinces destinées à briser quelques fragments anguleux arrêtés dans l'urèthre.

Mais ces ressources étaient bien insuffisantes; aussi, pour éviter l'encombrement dangereux du col de la vessie ou du canal, les opérateurs se trouvaient-ils souvent réduits à ne broyer à chaque séance qu'une petite portion du calcul, et quelquefois à faire l'extraction de ces faibles débris avec l'instrument lithotriteur lui-même.

De là des longueurs interminables et des manœuvres pénibles, d'où pouvaient résulter les plus graves accidents.

Frappé de ces inconvénients, j'ai cherché parmi les moyens nombreux que nous offre la mécanique quelque combinaison qui pût résoudre le problème d'une manière plus avantageuse. Après bien des tentatives, l'idée me vint d'expérimenter pour cette solution le mécanisme si simple et si puissant de la vis. J'avais remarqué qu'en faisant mouvoir dans un tube de dimension convenable une vis à pas allongés et profonds comme ceux du tire-bouchon vulgaire, les poussières ou graviers placés à la partie inférieure du tube se trouvaient entraînés par le mouvement de la vis, et rejetés par l'orifice supérieur.

Partant de ce principe, qu'on n'avait point encore utilisé dans l'art chirurgical, je fis construire par MM. Robert et Collin un instrument creux en forme de sonde et disposé de manière à pouvoir pénétrer dans la vessie. Sur la concavité du bec de cette sonde se trouve une large ouverture dans laquelle les graviers peuvent facilement s'introduire. Dans ce tube tourne une vis en tire-bouchon dont le mouvement continu entraîne tous les fragments ou graviers placés dans le bas-fond de la vessie, les broie comme des grains de café, et rejette leurs détritus au dehors.

Des expériences nombreuses faites sur le cadavre, quelques applications aussi faites sur l'homme vivant, m'ont démontré que l'instrument nouveau, auquel je crois devoir donner le nom de *lithéxère* (de

lithos, pierre, et *exairein*, extraire), pouvait en quelques instants, et sans la moindre douleur, débarrasser la vessie des sables et graviers provenant des pierres broyées par les instruments lithotriteurs ordinaires.

Ce résultat, qui, je dois le dire, dépasse toutes les espérances que j'avais conçues, me paraît digne de fixer l'attention des chirurgiens, en ce qu'il est de nature à modifier profondément l'opération même de la lithotritie. Du moment, en effet, que l'opérateur n'a plus à craindre les horribles douleurs et les accidents si graves qui résultaient du passage des fragments dans le trajet du canal, rien ne l'oblige de restreindre ses manœuvres; il doit même chercher, en perfectionnant les moyens de trituration, à broyer la pierre le plus rapidement possible, certain qu'il est de pouvoir toujours extraire immédiatement toutes les poussières et tous les fragments dont l'introduction dans le canal pourrait être dangereuse.

On ne verra plus, dès lors, ces séances multiples qui désespèrent le malade et finissent par épuiser son courage et ses forces. Une seule séance suffira pour les calculs au-dessous de 20 grammes; deux ou trois tout au plus pour ceux d'un volume plus considérable.

— M. CAZENAVE (de Bordeaux) fait hommage à la Société de deux opuscules intitulés :

1° *Histoire de trois lithotrities et de trois tailles bilatérales exceptionnelles;*

2° *Du tremblement des mains et des doigts, et description de machines orthopédiques.*

Il adresse un travail manuscrit intitulé *Trois observations de maladies des voies urinaires prises pour des fièvres typhoïdes, et lithotritie faite avec succès sur un sujet offrant de très-graves complications.* (Commissaires, MM. Guersant, Giraldès et Dolbeau.)

COMMUNICATION.

M. AVRARD (de la Rochelle) donne lecture d'une observation relative à un cas de luxation de l'astragale en dedans.

Ce travail est renvoyé à MM. Chassaignac, Giraldès et Broca.

DISCUSSION.

Hygiène hospitalière.

M. VOILLEMIER. Messieurs, la question que vous discutez peut se réduire à ces termes : l'emplacement choisi pour construire l'Hôtel-Dieu présente-t-il les conditions de salubrité désirables? N'y a-t-il pas inconvénient à mettre 800 et même 600 lits dans un espace si peu

vaste ? Je ne crois pas trop m'avancer en disant qu'avant même que la discussion fût engagée, l'opinion de tous les membres de cette Société était unanime, et que si des doutes eussent existé dans l'esprit de quelqu'un de nous, ils auraient été bien vite dissipés par les observations qui ont été présentées par plusieurs de nos collègues. Pourquoi donc discutons-nous? Il ne s'agit pas d'une question litigieuse, et encore moins de nous persuader les uns les autres. Nous sommes tous d'accord.

Mais peut-être voulez-vous, par cette discussion, éclairer l'administration de l'Assistance publique. Elle doit être éclairée depuis longtemps, si elle a prêté l'oreille à tout ce qu'on lui a dit depuis soixante-dix ans sur l'ancien Hôtel-Dieu et l'encombrement des malades dans cet hôpital; et elle l'est en effet. Elle apprécie nos raisons à leur juste valeur et partage nos idées. Vous l'avez vue, quand il s'agissait de reconstruire la Maison de santé, choisir un vaste terrain dans un lieu élevé et bien exposé, et construire de petites salles. A Saint-Louis, à Beaujon, elle a élevé des pavillons et consacré quelques chambres isolées aux malades. Mais alors pourquoi s'arrête-t-elle dans la voie où elle est entrée? Pourquoi? Oh ! en pareille matière, je suis, avec l'administration, d'une discrétion d'autant plus grande qu'elle a l'habitude de ne pas répondre.

Mais ses raisons, je les devine derrière son majestueux silence. La plus forte, celle qui domine tout, c'est la raison d'argent. Mon Dieu, comme vous tous, je me suis pris à rêver des établissements hospitaliers modèles ! Si j'étais le maître, je voudrais de petits hôpitaux de 200 lits, situés dans un lieu élevé, exposés non au midi comme il a été dit, ce qui suppose une partie de l'établissement du côté du nord, mais exposés à l'est et à l'ouest comme la plupart des châteaux royaux. Je n'aurais que des salles de 12 lits, des chambres séparées pour les individus affectés de maladies contagieuses et pour les opérés. A la tête de l'établissement serait un directeur intelligent, qui serait souvent dans les salles des malades et rarement dans son bureau. Les gens de service seraient assez payés pour qu'on pût exiger d'eux des soins pour les malades et de la propreté. A tout cela, j'ajouterais encore bien des choses, puisqu'il ne s'agirait que de vouloir. Mais où trouver l'argent pour réaliser de pareils rêves ? Ne prenons qu'un des points de la question : vingt hôpitaux contenant 4,000 malades n'entraîneront-ils pas, comme frais de premier établissement, d'administration, etc., etc., des dépenses bien plus considérables que huit hôpitaux contenant chacun 500 malades ? Mais nier cela serait nier le premier principe sur lequel reposent les avantages de l'association. Et, alors, une autre question se présente : vaut-il mieux

qu'un petit nombre de malades soient très-bien traités et que beaucoup d'autres restent sans secours, ou vaut-il mieux que les malades soient un peu moins bien et qu'on porte secours à un plus grand nombre ? Dans le premier cas la mortalité des hôpitaux sera moindre, mais elle sera largement compensée par la mortalité qui frappera les malades qui n'auront pas été secourus.

Je sais que quelques esprits absolus me répondront : Faites d'abord peu et bien ; plus tard, on fera sur une plus large échelle. A ceux-là, je rappellerai ce que nous disait notre collègue M. Marjolin quand il nous montrait la maladie assise pendant des mois sur le seuil de l'hôpital Sainte-Eugénie, et plus d'une fois surprise par la mort avant que la porte se fût ouverte pour elle.

La question d'argent, voilà ce dont il faut surtout se préoccuper. M. Marjolin en a dit quelques mots, mais j'avoue que je ne saurais partager les opinions qu'il a émises sur les moyens de venir en aide à l'administration de l'Assistance publique.

Il nous a présenté comme déplorable la mesure par laquelle on voulait convertir en rentes les biens fonciers des hôpitaux. Je n'approuve pas entièrement cette mesure, parce que je pense qu'il y a mieux à faire, mais je ne la trouve pas si mauvaise. Elle avait été proposée par des hommes très-intelligents et très-soucieux du bien des pauvres. Ils l'appuyaient en disant que les propriétés des hôpitaux disséminées sur une grande partie de la France ne pouvaient être convenablement administrées ; que ces biens rapportaient un, un et demi pour cent, tandis que la rente donnerait quatre et demi ; que ces biens vendus à des particuliers seraient plus productifs pour le pays ; enfin qu'il ne fallait pas rétablir entre les mains de l'administration hospitalière les abus des biens de mainmorte. A ces raisons, qui ont leur valeur, que répondait-on ? Que les biens fonciers étaient plus solides que la rente. Mais on répondait timidement, parce que la rente c'est l'État, et que douter de la solidité de l'un, ce n'est pas témoigner une grande confiance dans la solidité de l'autre ; parce qu'un fonctionnaire nommé par l'État et révocable par l'État ne saurait répondre d'une manière bien ferme sans risquer de paraître un peu factieux. Si la mesure en question n'a pas été prise, ce n'est pas qu'elle fût mauvaise, mais on a reculé devant son impopularité ; bien qu'au fond ce ne fût pas vrai, on aurait semblé spolier les pauvres.

Notre collègue examine une autre source de produits. Après nous avoir parlé avec une bonhomie railleuse des différents mobiles de la charité humaine, il ajoute qu'il ne faut pas y regarder de trop près et qu'on peut recevoir de toutes mains. Recevoir ! mais c'est le principe

immuable de toute administration. Le difficile n'est pas de recevoir, mais d'amener les gens à donner. Mais la première condition pour donner, c'est qu'on sache que l'argent sera bien employé ou au moins qu'il ira à sa destination. Or, dans l'état actuel des choses, il n'en est pas ainsi. S'il prenait fantaisie à l'un d'entre vous de donner aux hôpitaux cent mille livres de rente, les pauvres n'en seraient pas plus riches. En voici la raison : chaque année l'administration de l'Assistance publique dépense plus que ses revenus. Pour équilibrer son budget, la Ville lui donne quelques millions. Il résulte de là que si vous donnez aux hôpitaux cent mille livres de rente, ce sera chaque année cent mille francs de moins que la Ville leur donnera.

Ce qui est singulier, c'est que la Ville ne cherche pas à s'affranchir de cette charge, et si je me place au point de vue de la Ville, je trouve que c'est assez habile. Au moyen de cette subvention annuelle, la Ville a le droit moral de s'immiscer dans les affaires de l'administration hospitalière, de la tenir sous sa dépendance. Mais le résultat est celui-ci : c'est qu'il y a peu de donateurs, parce que bien des gens qui consentent à donner de l'argent aux pauvres ne veulent point en donner pour faire des trottoirs ou des avenues.

M. Marjolin, à bout de ressources, et rappelant le bon vieux dicton : « Ah ! si le roi le savait ! » s'est écrié : « Et le roi le saura ! et le même trait de plume qui a créé les hôpitaux de Sainte-Eugénie, de Vincennes, du Vésinet, peut créer d'autres hôpitaux ! » Je ne puis qu'admirer de si jeunes illusions ! Mais c'est précisément parce qu'on a donné les traits de plume qui ont créé ces hôpitaux qu'il est plus difficile d'en donner d'autres ; c'est que ces traits de plume sont autant de traites tirées sur les contribuables, qui eux aussi sont une classe très-intéressante de la société ; c'est que le bourgeois aux œufs d'or doit être quelque peu ménagé. Croyez-le, le pouvoir connaît aussi bien que nous les misères publiques, et il est aussi désireux que possible d'y remédier. S'il ne les soulage pas plus qu'il ne le fait, c'est qu'il doit ménager tous les intérêts, c'est qu'il ne le peut pas.

De tout ce que je viens de dire, Messieurs, je conclus que la question est épuisée. Je ne puis qu'approuver M. Trélat d'avoir consacré son temps et son intelligence à étudier la question de l'Hôtel-Dieu ; je crois que la Société de chirurgie a bien fait d'émettre son opinion sur ce sujet, surtout si elle a pu apporter un appui à l'administration de l'Assistance publique. Mais la Société jugera peut-être qu'il est temps pour elle de retourner à ses occupations habituelles.

M. TRÉLAT. Notre collègue vient de porter la discussion sur un terrain où je ne puis et ne veux pas le suivre ; je crois que nous ne

pouvons aborder utilement ici les questions d'origine et d'accroissement de la fortune hospitalière.

D'autre part, M. Voillemier me paraît confondre deux choses voisines mais distinctes : l'assistance hospitalière et la guérison des malades. Oui, l'Assistance se préoccupe, et c'est son rôle, de secourir le plus grand nombre possible d'individus, mais nous, chirurgiens et hygiénistes, nous poursuivons le but d'obtenir le plus grand nombre possible de guérisons.

La question d'argent est prédominante, je suis en cela d'accord avec M. Voillemier ; mais je répète ici ce que j'ai dit au début de la discussion : Comment peut-on dire que les grands hôpitaux sont économiques en présence du prix de revient que nous connaissons pour Lariboisière, que nous présumons pour l'Hôtel-Dieu ? Nous pensons, et nous avons essayé de prouver, que de petits hôpitaux salubres seraient moins chers.

M. Voillemier a touché la question de personnel et de service intérieur, mais cela est en dehors de la discussion. Je suis, au reste, pleinement de son avis ; mais ici, tout le monde est d'accord, car l'administration est la première à reconnaître et à signaler l'insuffisance de ses serviteurs.

M. VOILLEMIER. Je n'ai fait que suivre l'exemple de nos collègues en touchant à la question des finances hospitalières. M. Trélat soutient que les petits hôpitaux sont plus économiques que les grands ; il est cependant évident pour tout le monde que l'économie est un des premiers avantages de l'association. Certes, il y a moyen de fausser les meilleurs principes lorsqu'on les applique mal ; c'est ce que l'on a fait à Lariboisière, grâce à un luxe mal entendu. Je ne veux pas, pour cela, que l'on bâtisse un Hôtel-Dieu de 800 ou même de 600 lits. Je trouve que les objections faites au projet sont toutes fondées ; mais je crois la question suffisamment débattue. D'ailleurs, l'administration a les conseils d'une commission médico-chirurgicale dont nous connaîtrons sans doute l'opinion.

M. LEFORT. La Société a discuté sur deux questions, l'hygiène hospitalière et la reconstruction de l'Hôtel-Dieu. Si nous croyons de notre devoir d'user de toute notre influence pour empêcher de construire un mauvais hôpital, il faut quitter les questions générales, et par des conclusions motivées exprimer notre avis relativement à l'hôpital projeté.

M. GIRALDÈS. Il suffit, pour démontrer que ce que l'on veut faire est mauvais, de nous en tenir au programme très-nettement indiqué par M. Trélat. Votez des conclusions, rien de mieux ; mais si vous

ne les adressez pas à l'autorité supérieure ou même à l'autorité suprême, vous n'arriverez à rien.

M. VERNEUIL. M. Voillemier croit que notre discussion ne peut rien apprendre de nouveau à l'administration ; je ne partage pas cette opinion. Les connaissances relatives à l'hygiène hospitalière se sont largement accrues depuis le commencement du siècle, et je me permets de supposer que l'administration peut trouver ici quelque lumière. Nous avons, d'ailleurs, à dégager notre responsabilité devant la science. Il ne faut pas que l'on puisse dire dans l'avenir que la Société de chirurgie a approuvé la construction d'un mauvais hôpital parce qu'elle a gardé le silence. Comme on voudrait établir, d'un autre côté, que la commission dont font partie quelques-uns de nos collègues ici présents approuve le projet, le futur Hôtel-Dieu pourrait passer pour l'œuvre des chirurgiens du dix-neuvième siècle.

M. BROCA. Plusieurs des orateurs qui ont pris la parole dans cette discussion ont manifesté le désir de connaître les opinions émises par la commission consultative qui a été chargée d'examiner les plans du futur Hôtel-Dieu. Ce désir se conçoit d'autant mieux qu'une note officielle, envoyée à l'*Opinion nationale* sous forme de *communiqué*, mentionne avec complaisance l'approbation donnée par la commission à certaines parties du projet qui lui a été soumis.

Membre de cette commission, qui compte dans son sein plusieurs de nos collègues, j'ai fait partie de la sous-commission spéciale qui a reçu la mission d'étudier les plans, et j'ai eu l'honneur d'être chargé du rapport. Maintenant que ce rapport est adopté et transmis par l'administration à la préfecture, je puis, comme membre de la Société de chirurgie, fournir quelques explications sur les conclusions que nous avons votées.

Mais auparavant je dois dire que je partage l'opinion de M. Voillemier sur la situation de l'administration de l'assistance publique. Il a dit qu'elle n'était pas libre dans ses mouvements, qu'elle n'était pas responsable du choix de l'emplacement, qu'elle avait fait tous ses efforts pour abaisser le nombre des lits, et pour satisfaire aux exigences de l'hygiène, qui lui sont parfaitement connues. Je pense que cette appréciation est exacte. L'emplacement une fois choisi par l'édilité, tout le reste s'ensuivait naturellement et presque nécessairement. On allait dépenser une somme énorme (que les uns portent à 21 millions et les autres à 30 millions) pour remplacer un hôpital de 800 malades, et si, après un pareil sacrifice d'argent, le nombre des lits avait été réduit d'un tiers, on aurait donné prise à bien des réclamations. Il fallait donc loger 800 lits dans le nouvel hôpital.

Mais pour qu'un hôpital bâti sur un emplacement de 21,600 mètres carrés puisse recevoir un aussi grand nombre de malades, il faut que les bâtiments soient très-rapprochés et très-élevés. L'administration a donc été obligée de faire ses plans en conséquence, mais elle l'a fait malgré elle, et elle ne désespère pas encore d'obtenir pour ses fonds un meilleur emploi, et pour ses malades de meilleures conditions de salubrité.

Les plans qui ont été présentés à la commission étaient achevés et parachevés ; tout était prévu et déterminé jusqu'au moindre détail, comme si les ouvriers avaient dû se mettre à l'œuvre dès le lendemain. On y joignait le plan de la Cité future, avec ses monuments, ses grandes voies, ses places, son hôpital, sa caserne ; et ma première impression fut qu'il était bien tard pour introduire des changements dans ces projets gigantesques. Je pensais, et beaucoup de mes collègues paraissaient penser comme moi, que si nous demandions un autre emplacement, nos vœux auraient peu de chances d'être écoutés, que nous n'aurions aucune prise sur le *plan de la Cité*, et que nous devions nous borner purement et simplement à examiner le *plan de l'Hôtel-Dieu.*

Au surplus, l'emplacement choisi n'a d'autre vice radical que d'être infiniment trop coûteux. Il est humide, il est vrai; les infiltrations du fleuve l'ont détrempé et ramolli jusque dans ses couches profondes. Mais il y a remède à cela. En creusant jusqu'au niveau du lit de la Seine pour enlever les terrains de transport, puis en établissant les fondations sur pilotis et en recouvrant le sol d'une couche très-épaisse de béton, on rendra l'hôpital aussi solide et aussi sec qu'on puisse le désirer. Ce n'est qu'une affaire d'argent. Toutes les objections qui concernent les causes d'insalubrité inhérentes au sol se trouvent ainsi transformées en objections financières.

Quant aux autres objections tirées du voisinage de la rivière, de l'exposition, de l'emplacement, de l'orientation des bâtiments, elles sont entièrement théoriques et hypothétiques. Il y a plus de deux mille ans qu'on discute sur ces choses. Les modernes n'en savent pas plus long que l'auteur du *Traité des airs, des eaux et des lieux;* et tout ce que les uns considèrent comme avantageux est par d'autres considéré comme nuisible. Le voisinage d'un fleuve répand de l'humidité dans l'air : voilà un inconvénient ; mais le courant de l'eau met en mouvement les couches inférieures de l'atmosphère et constitue un procédé naturel d'aération : voilà l'avantage. Quel est, de ces deux éléments, celui qui doit faire pencher la balance ? On l'ignore. Même incertitude sur la question des vents. Le vent du nord est froid en hiver, mais il est frais en été; celui du sud est étouffant en été, mais il ré-

chauffe pendant l'hiver; ceux de l'ouest et de l'est ont aussi leurs avantages et leurs inconvénients. Le choix est donc embarrassant.

Et d'ailleurs, malgré quelques accidents de terrain, Paris est dans une plaine. La montagne Sainte-Geneviève et les buttes Montmartre sont des écrans illusoires, et soit qu'on place l'hôpital dans la Cité, soit qu'on le transporte à quelques centaines de mètres, il sera ouvert à tous les vents du ciel. Que dirai-je maintenant de l'orientation des bâtiments? L'orientation *royale* à l'est et à l'ouest a beaucoup de partisans, entre autres M. Voillemier; mais l'orientation au nord et au sud a aussi les siens, sans compter les orientations obliques, qui ne valent peut-être ni plus ni moins que les autres. Tout cela est inconnu; chacun pèse à sa façon le pour et le contre; on se fait une opinion; mais que dit la science rigoureuse? Elle se tait.

L'expérience, qui est la science, n'a démontré jusqu'ici que deux choses. En premier lieu, il faut éviter l'encombrement; en second lieu, il faut rejeter comme défectueuses toutes les dispositions qui font obstacle à l'aération et à l'insolation. Voilà deux points sur lesquels tous les témoignages, toutes les opinions sont unanimes. La commission, écartant les vues théoriques et hypothétiques, et les questions encore en litige, s'est attachée exclusivement à faire triompher ces deux principes.

Dès lors, elle n'a eu aucune objection décisive à faire contre l'emplacement de la Cité. Cet emplacement n'est ni meilleur ni pire qu'un autre, abstraction faite de la question des millions, sur laquelle nous n'étions pas consultés. Il ne deviendra mauvais que si l'on y entasse un trop grand nombre de malades; il sera détestable, quoi qu'on fasse, si l'on y installe 800 lits; il sera bon si l'on n'y en place que 500. La commission a déclaré formellement que le chiffre de 600 lits ne devait en aucun cas être dépassé; cela ne veut pas dire qu'elle approuve ce chiffre; elle a fixé une limite extrême, et la plupart de ses membres, je suis du nombre, doutent qu'il soit possible de satisfaire aux conditions indispensables de l'aération et de l'insolation, si l'on persiste à dépasser le chiffre de 500. Mais cette question a été réservée jusqu'au jour où de nouveaux plans lui seront présentés.

Voilà pour l'emplacement. Ce point une fois écarté, la commission se trouvait en présence d'un plan où il y avait du bon et du mauvais: elle a loué l'un et rejeté l'autre. Elle a pleinement approuvé la disposition des services généraux, et l'aménagement des salles, où chaque malade aura pour sa part 63 mètres cubes d'air; elle a approuvé également l'idée d'utiliser les sous-sols pour relier tous les services par un chemin de fer, et d'y installer plusieurs services, tels que les bains généraux, les cuisines, les réfectoires des infirmiers, les magasins, etc.,

en diminuant ainsi d'une manière notable l'étendue de l'espace couvert de constructions. Dans le projet qui lui était présenté, on avait annexé à chaque salle de 26 lits une salle de 6 lits, deux salles d'un seul lit, un office, un lavabo, un parloir spacieux, une trémie à travers laquelle les linges sales et les pièces de pansement pouvaient être immédiatement précipités dans le sous-sol, un monte-charge assez grand pour recevoir un homme assis ou couché, et pour faire participer les malades et les convalescents du premier et du second étage à tous les avantages dont jouissent ceux du rez-de-chaussée, etc. La commission a applaudi à ces innovations heureuses. Puis, avec la même impartialité qu'elle avait mise à louer ce qui était bon, elle a critiqué et repoussé ce qui était mauvais.

Le mauvais, c'était la disposition des bâtiments en pavillons parallèles trop hauts et trop rapprochés, placés les uns au-devant des autres comme des écrans successifs et reliés par des bâtiments longitudinaux de même hauteur; c'étaient ces préaux latéraux fermés sur trois de leurs côtés; c'était surtout cette cour centrale, fermée de toutes parts, large seulement de 25 mètres et limitée par des constructions hautes de 26 mètres, véritable sépulcre, inaccessible à tous les vents et presque inaccessible au soleil. La commission a repoussé de toutes ses forces ces dispositions tout à fait incompatibles avec l'aération et l'insolation de l'hôpital; elle a rejeté non-seulement la cour centrale, mais encore le système tout entier des pavillons parallèles, qu'elle a déclaré défectueux en soi et défectueux surtout, dans le cas actuel, eu égard au peu de développement transversal de l'emplacement de l'Hôtel-Dieu.

Voilà ce qu'a fait la commission, et elle a déjà obtenu une chose importante : conformément à la dernière conclusion du rapport, le préfet de la Seine a invité l'administration de l'Assistance à lui présenter d'autres plans. Tout permet de croire par conséquent que la cour centrale est condamnée, que le système des pavillons parallèles sera abandonné, et comme on se propose de maintenir les améliorations que nous avons signalées, améliorations qui exigent beaucoup d'espace, il me paraît fort probable qu'on sera conduit, par la force même des choses, à faire descendre bien au-dessous de 600 le nombre des malades de l'hôpital.

Reste la question des millions. Je n'en ai pas parlé dans ce rapport, si ce n'est pour déclarer dès le début que la commission, n'étant pas consultée sur ce point, n'avait rien à en dire. Mais je ne crois pas pour cela devoir taire ici mes impressions personnelles.

Lorsque je croyais, comme on le croit assez généralement, que l'Hôtel-Dieu devait être construit exclusivement aux frais de l'admi-

nistration de l'Assistance, je ne pouvais songer sans une émotion douloureuse qu'on allait prélever sur la fortune des pauvres une vingtaine de millions au moins, c'est-à-dire sacrifier un million de leur revenu annuel, sans augmenter d'un seul lit les ressources du service hospitalier. Il y avait là de quoi préoccuper tous les citoyens, et plus particulièrement ceux qui, comme nous, connaissent toute l'étendue des besoins de la population de Paris. Mais mes appréhensions se sont calmées depuis que je suis allé aux informations.

L'administration des hôpitaux, en réunissant toutes ses ressources, ne pourra fournir ni 20 millions ni 10 millions ; elle déboursera tout ce qu'elle pourra ; elle vendra les terrains du vieil Hôtel-Dieu ; elle vendra quelques autres immeubles qu'elle possède dans Paris ; elle y ajoutera, en se saignant aux quatre veines, certaines valeurs mobilières, et avec tout cela, elle arrivera à un total de 4 à 5 millions, peut-être de 6 à 7 millions, et pas davantage. Le reste de la dépense sera supporté par la ville de Paris, et la question dès lors change de face.

L'Hôtel-Dieu, en quelque lieu qu'on le place et de quelque manière qu'on le construise, coûtera assurément plus de 7 et même plus de 10 millions, et si la caisse des pauvres fournit dans tous les cas la même somme, les millions que la ville dépensera en sus, loin de diminuer la fortune hospitalière, l'accroîtront, au contraire, dans une certaine mesure, puisque l'administration de l'Assistance deviendra propriétaire d'un établissement splendide et d'un emplacement d'une immense valeur. Pourvu donc que les règles de l'hygiène soient respectées, nous n'aurons, comme chirurgiens des hôpitaux, aucune réclamation à élever en faveur des intérêts des hôpitaux. Nous joignons, il est vrai, à notre qualité de chirurgiens celle de contribuables ; à ce titre nous avons, comme tous les Parisiens, le droit de nous préoccuper de l'emploi que la ville fait de nos finances, et si je disais que cet emploi m'est indifférent, on pourrait à bon droit me qualifier de mauvais citoyen. Mais dès le moment que la fortune des pauvres n'est plus en cause, je pense que nous n'avons pas à discuter ici la question financière ; nous n'avons pas plus à en connaître que s'il s'agissait de la construction de l'Opéra ou de la caserne monumentale qui va s'élever dans la Cité, sur le quai de l'ancienne Morgue.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Pour le secrétaire, H. Guyon.

Séance du 16 novembre 1864.

Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine* (octobre 1864).

— M. le docteur Piorry, professeur à la Faculté de médecine et médecin de l'Hôtel-Dieu, fait hommage à la Société :

1° De son discours prononcé à l'Académie de médecine sur la salubrité des hôpitaux, le 31 décembre 1861 ;

2° Du plan d'une nouvelle construction de l'hôpital de la Charité.

— M. Depaul dépose sur le bureau, au nom de M. Duboué, une note sur deux nouvelles observations de fistule vésico-vaginale. — Ce travail est renvoyé au comité de publication.

DISCUSSION.

Hygiène hospitalière.

M. GOSSELIN a la parole.

Messieurs,

Je n'accepte pas, quant à présent, l'opinion qui a été formulée par plusieurs de nos collègues sur l'opportunité des hôpitaux à la campagne et sur les avantages des petits hôpitaux.

Je pense encore que de grands hôpitaux (et je ne dépasserais pas le chiffre proposé pour le futur Hôtel-Dieu, de 500 à 600 lits) sont utiles dans l'intérieur même de Paris. Je les crois plus commodes que les petits pour les malades, leurs familles, l'administration, les médecins, et surtout pour le développement de l'instruction médicale. Je laisserais volontiers de côté ces avantages, s'il était démontré que les hôpitaux à la campagne et les petits hôpitaux dans Paris même donnent moins de mortalité. Mais cette démonstration ne me paraît pas avoir été donnée jusqu'ici dans la discussion.

Il est vrai que pour les hôpitaux hors Paris, notre honorable et savant confrère M. Legouest a présenté une statistique qui leur est favorable, et qui tout d'abord impressionne vivement. Mais il suffit d'approfondir cette statistique pour voir qu'elle ne conduit pas nécessairement à la conclusion qu'on en a tirée. En effet, on nous mon-

tre qu'à l'hôpital de Vincennes, la mortalité a été moindre que dans ceux du Gros-Caillou et du Val-de-Grâce. Mais cela peut tenir tout simplement à ce que les maladies et leur gravité n'ont pas été les mêmes dans les trois établissements. Quelles que soient les analogies d'âge, de profession et d'habitudes des sujets admis, encore se peut-il que ces maladies aient différé, qu'on ait reçu, par exemple, à l'hôpital de Vincennes un nombre moins considérable de fièvres typhoïdes et de pneumonies, de lésions traumatiques sérieuses qu'à Paris. J'accepterais plus volontiers la conclusion si, au lieu d'une statistique en bloc, M. Legouest avait pu nous présenter une statistique par maladies, et encore y aurait-il à chercher si les résultats démontrés meilleurs par ce procédé ne tiendraient pas à quelque autre condition qu'à la situation hors Paris des hôpitaux les mieux partagés.

Une apparence de démonstration en faveur des hôpitaux à la campagne nous a été donnée par M. Lefort avec les statistiques de MM. Bristowe et Holmes, donnant non plus la mortalité en bloc des hôpitaux, mais bien la mortalité comparée des amputations dans les hôpitaux ruraux et dans ceux des grandes villes en Angleterre. Ici encore les chiffres ne me paraissent pas concluants. J'entrevois, en effet, dans les hôpitaux ruraux de ce pays, comme dans les nôtres, deux conditions dont il faut tenir grand compte : le petit nombre de lits habituellement occupés dans ces sortes d'établissements, et l'état général des sujets qui y sont admis. Il s'agit ici de savoir si hors Paris, mais pour les malades de Paris même, habituellement plus fatigués et plus faibles que ceux de la campagne, et dans un hôpital qui serait continuellement rempli, les résultats seraient les mêmes que dans la statistique de MM. Bristowe et Holmes. J'en doute, et en tout cas je ne vois pas qu'on puisse en donner la preuve.

Je cherche ensuite des démonstrations en faveur de la supériorité des petits hôpitaux sur les grands. Aucune n'a été essayée pour les malades de médecine, et on ne se fonderait que sur des impressions vagues pour établir que les maladies fébriles graves développées sur des habitants de Paris guériraient en plus grand nombre si les sujets atteints étaient transportés hors de la ville. Mais la démonstration que je cherche a été tentée par M. Lefort pour certains malades de chirurgie, les amputés de jambe et de cuisse. Notre laborieux collègue, empruntant encore aux statistiques récentes dressées par MM. Bristowe et Holmes pour cinquante-sept hôpitaux du Royaume-Uni, nous a montré ces amputations réussissant mieux dans les hôpitaux de 100 et 200 lits que dans ceux de 400 ou 500. Mais je retrouve ici la même objection que tout à l'heure. Ces petits hôpitaux dans lesquels les résultats ont été meilleurs, étaient sans doute des hôpitaux ruraux

recevant non pas les malades des grandes villes, mais ceux de la campagne même, et habituellement peu remplis, ce qui augmente dans des proportions impossibles à réaliser pour nos établissements hospitaliers l'espace donné à chacun des opérés. Je ne peux pas conclure de là qu'un petit hôpital, habituellement plein et recevant les malades de Paris même, donnerait des résultats identiques.

Pourquoi d'ailleurs ne pas comparer ce que nous avons sous les yeux? Paris a de petits et de grands hôpitaux. Les amputations de cuisse et de jambe ont-elles plus souvent réussi dans les premiers, tels que Cochin et la Clinique, que dans les seconds (Hôtel-Dieu, Pitié, Charité)? Non. Je n'ai pas les chiffres sous les yeux; mais j'ai fait des opérations à l'hôpital Cochin et à la Clinique, et je sais très-bien que je ne réussissais pas plus souvent qu'ailleurs; je sais même que je réussissais moins qu'aujourd'hui dans le grand hôpital de la Pitié.

Ce qui, en l'absence de démonstration rigoureuse, me porte à douter de la supériorité des petits hôpitaux, c'est la difficulté extrême de déterminer, quand nous nous trouvons en présence de différences remarquables dans la mortalité des amputations, à quelle cause il faut attribuer ces différences.

Lorsque les importantes recherches de M. Lefort sur les hôpitaux anglais ont amené, en 1861, la discussion de l'Académie de médecine, et attiré notre attention à tous sur ce sujet, je me suis enquis de toutes les conditions qui pouvaient rendre compte des résultats meilleurs obtenus à Londres. J'ai trouvé les causes assez nombreuses : l'espace plus grand donné aux malades, le régime, les pansements simples, etc.; j'ai trouvé surtout un renouvellement plus habituel et plus abondant de l'air dans les salles, par l'ouverture presque continuelle des fenêtres. J'ai été très-frappé de la différence immense des habitudes sous ce dernier rapport entre ce pays et le nôtre, où nous avons été habitués à redouter bien plus les effets du refroidissement pouvant résulter de l'aération, que les effets de la viciation de l'atmosphère. Je me suis demandé si là n'était pas l'explication des proportions moindres de guérison après les amputations chez nous; je me suis promis de soumettre la question à une étude sérieuse aussitôt que l'occasion s'en présenterait.

Elle s'est présentée le 1er janvier 1862, lorsque j'ai pris possession de l'un des services de chirurgie de l'hôpital de la Pitié. Là, j'ai trouvé portées au plus haut degré possible nos habitudes hygiéniques en matière d'aération. Dans la grande salle Saint-Louis, salle de quarante malades, se trouvent dix-neuf fenêtres divisées en deux compartiments; l'un supérieur, très-élevé au-dessus des lits, et formé de deux im-

postes de petite dimension ; l'autre inférieur, arrivant à 30 centimètres du sol, et composé de deux larges battants. Ces derniers étaient condamnés dans toute l'étendue de la salle au moyen d'une tige de fer assujettie solidement aux deux battants par quatre longues vis. On n'aérait donc qu'au moyen des impostes, qu'on ouvrait de temps en temps, au hasard et selon le bon plaisir des infirmiers ou des malades. L'odeur était constamment mauvaise dans les salles, l'infection purulente s'y voyait souvent. Les amputations réussissaient peu ; il fallait remonter à plusieurs années pour trouver un succès d'amputation de cuisse.

J'ai demandé et j'ai obtenu de suite que les tiges de fer fussent enlevées et que l'ouverture des fenêtres devînt possible. Il fut ensuite convenu, et je n'ai pas cessé de veiller à l'exécution, que constamment un ou plusieurs des grands compartiments seraient tenus ouverts. Pendant les mois d'été ou de température douce, huit ou neuf des fenêtres, celles qui regardent le couchant, sont ouvertes depuis cinq ou six heures du matin jusqu'à sept heures du soir. On les ferme seulement pour la visite et les pansements.

Dans les grandes chaleurs, on ouvre en même temps plusieurs impostes du côté opposé pour permettre un courant d'air rafraîchissant. La nuit, une de ces fenêtres, placée sur un point reculé et éloigné des lits, reste toujours ouverte. Pendant les cinq mois de température froide, trois, quatre, cinq ou six des grandes fenêtres sont encore ouvertes toute la journée, en choisissant celles au niveau desquelles sont les malades qui se lèvent, ou ceux qui supportent facilement cette ventilation. La fenêtre du milieu ne ferme la nuit que quand le temps est très-froid. Nous sommes, d'ailleurs, aidés par des calorifères puissants qui donnent assez de chaleur pour que la température de la salle ne descende pas au-dessous de 10 à 12°.

Ces mesures, auxquelles je n'ai pas cessé de prêter une attention sérieuse, sont exécutées depuis bientôt trois ans, et voici les résultats :

Pour les hommes, très-peu d'incommodités. Habitués presque tous à vivre au grand air, ils ne se plaignent pas du froid. Quand par hasard une plainte s'élève, on ferme au niveau du lit, on l'on place le malade du côté de la salle où l'on n'ouvre pas. Pour les femmes, la gêne est un peu plus grande pendant l'hiver ; elles ressentent plus désagréablement que les hommes les effets de l'aération. A cause de cela, on ouvre surtout au niveau des lits où les malades se lèvent, ou bien l'on ouvre alternativement de lit en lit.

Aucun inconvénient sérieux n'a été constaté. Quelques rhumes ou angines, une pleurésie et une pneumonie, sans gravité d'ailleurs, se

sont montrés. Mais n'ai-je pas observé ces mêmes maladies dans les salles où l'on ouvrait peu, et comment savoir si on doit les attribuer plutôt à l'ouverture des fenêtres qu'à toute autre cause ?

Quant aux résultats chirurgicaux, je les ai trouvés meilleurs que dans les autres services de chirurgie auxquels j'ai été attaché. Les plaies marchent régulièrement, sans pourriture d'hôpital, sans diphthérite, sans anémie. Les amputations réussissent. Pour ne parler que de celles du membre inférieur, les plus difficiles à guérir, les amputations de cuisse (toutes pathologiques), au nombre de 12, m'ont donné 8 guérisons et 4 morts. Les amputations de jambe, au nombre de 14 (dont 3 traumatiques), m'ont donné 7 guérisons (dont 1 traumatique) et 7 morts. Et parmi ces sept morts, plusieurs ont succombé non pas d'infection purulente, mais de l'hecticité profonde antérieure à l'opération. De ce nombre sont, en particulier, trois vieillards profondément débilités par des caries du pied, que j'aurais laissés mourir sans amputation si les bonnes conditions dans lesquelles je me trouvais ne m'avaient fait espérer une guérison. Les érysipèles ont été de même moins nombreux qu'ailleurs, et surtout que dans mon service de l'hôpital Beaujon dans les années 1860 et 1861.

Ces résultats ne sont pas aussi bons que je le voudrais, peut-être parce que d'autres conditions importantes nous manquent encore ; mais tels qu'ils sont, ils m'autorisent à croire que l'aération constante des salles pendant le jour et, s'il est possible, pendant la nuit, est une des conditions les plus importantes de l'hygiène des hôpitaux. Je suis convaincu que sans elle l'hôpital hors Paris et le petit hôpital dans Paris seraient tout aussi défectueux que les grands hôpitaux d'aujourd'hui, et je crois qu'avec elle nous pouvons obtenir d'aussi bons résultats dans les grands que dans les petits hôpitaux. L'important serait que tous les chefs de service comprissent, aussi bien en France qu'en Angleterre, que le renouvellement de l'air dans les rassemblements de malades est sans danger et de première utilité. C'est parce qu'on ne l'a pas compris jusqu'à présent qu'il est impossible, selon moi, d'avoir des documents précis sur la valeur relative des petits et des grands hôpitaux.

Appliquant maintenant au futur Hôtel-Dieu les idées qui me préoccupent en matière d'hygiène hospitalière, je déclare que l'emplacement choisi me paraît bon et n'aura pas, sous le rapport de l'hygiène, les inconvénients que j'ai entendu signaler. On nous y promet des ventilateurs artificiels fonctionnant bien. Je préfère, quant à moi, l'ouverture des fenêtres et de grandes cheminées, ou des calorifères puissants avec des ventouses d'aspiration, comme nous en avons actuellement à la Pitié. Ce que je demande surtout, c'est que les ven-

tilateurs, s'il y en a, n'obligent pas à tenir les fenêtres fermées. On nous promet, de plus, un espace assez grand pour chaque malade, environ 55 mètres cubes; des salles de réunion pour débarrasser les salles, pendant tout le jour, des malades en état de se lever; des salles de rechange, des latrines qui n'enverront pas, comme cela a lieu encore trop souvent à la Pitié, des émanations mauvaises dans les salles. Toutes ces conditions me paraissent supérieures à celles que nous avons en ce moment dans les hôpitaux de Paris. Reste la question des constructions. Ici je partage entièrement l'avis de MM. Trélat, Giraldès, Verneuil et Lefort. Je serais d'avis qu'au lieu de pavillons rapprochés les uns des autres, ne permettant pas la libre circulation de l'air, il y ait un seul grand bâtiment, ou deux au plus situés assez loin l'un de l'autre, qui puissent être incessamment débarrassés des miasmes par le vent et la pluie, et dont l'air soit convenablement modifié par le soleil.

M. GIRALDÈS. Le discours que vient de prononcer M. Gosselin est la négation de tout ce qui a été dit dans le sein de la Société depuis le commencement de la discussion, et la position particulière de son auteur ne nous permet pas de laisser sans réplique de semblables assertions.

M. Gosselin doute que les hôpitaux situés à la campagne soient préférables à ceux de l'intérieur des villes. Il demande qu'on lui démontre de nouveau avec une rigueur mathématique ce qui est parfaitement établi. J'aurais compris qu'il nous parlât des besoins de la population et de l'insuffisance des moyens financiers qui ne permettent pas toujours de placer les hôpitaux hors des villes; mais mettre en doute le fait lui-même, c'est nier un principe tellement évident, que nous y obéissons tous quand nous sommes malades; c'est oublier les analyses comparatives de l'air des campagnes et de celui des villes, et surtout des villes populeuses et manufacturières ; c'est oublier que ces analyses ont montré à quel degré l'air des villes est chargé de gaz délétères, de poussières nuisibles, etc.

M. Gosselin, qui est partisan des grands hôpitaux, oublie encore que dans ceux-ci, faute d'un espace suffisant, on accumule les constructions, on resserre les bâtiments de telle sorte que l'aération extérieure ne peut être réalisée.

Notre collègue nous indique un très-mauvais type d'hôpital à la campagne, et nous dit que dans ces conditions les résultats ne seraient sans doute pas meilleurs que dans nos hôpitaux. Je le crois bien. Mais est-ce là ce que nous demandons ? Ce qu'il faut, c'est un hôpital

offrant la réunion de toutes les conditions favorables à une bonne hygiène.

Nous sommes très-heureux de connaître les bons résultats de la ventilation instituée par M. Gosselin dans son service. Ces résultats seraient beaucoup meilleurs encore si le renouvellement de l'air extérieur avait pu être continué jour et nuit à l'aide d'appareils convenables, et si cet air présentait les meilleures conditions de pureté.

M. LEFORT. Après ce que vient de dire M. Giraldès, je ne reviendrai pas sur la supériorité des hôpitaux ruraux et des petits hôpitaux. J'ajouterai seulement quelques mots en réponse à nos deux collègues membres de la commission administrative, MM. Broca et Gosselin, qui seuls jusqu'ici, parmi nous, ont cru pouvoir excuser et même justifier le choix de l'administration municipale.

M. Lefort dit ensuite que, comme il l'a déjà signalé, le voisinage d'un fleuve est peu propice à l'hygiène d'un hôpital; l'humidité du sol et le brouillard de la rivière sont de mauvaises conditions; il insiste sur la valeur de l'orientation des bâtiments, et il est d'avis que l'orientation au sud est de beaucoup préférable à toutes les autres orientations.

L'Hôtel-Dieu serait placé sur un terrain soumis aux infiltrations et plongé au milieu d'une atmosphère humide. A cela, M. Broca a répondu qu'on coulerait sous le bâtiment un mètre et demi de béton. J'accepte comme bonne, pour ne pas entrer dans une nouvelle discussion, la réponse de M. Broca pour ce qui concerne l'humidité du sol et l'imperméabilité du béton; mais cela fera-t-il quelque chose contre l'humidité de l'atmosphère? et l'air, que M. Gosselin laisse avec tant de raison entrer librement par les fenêtres, en sera-t-il pour cela un air sec et salubre? J'ai habité pendant huit ans au voisinage de cette partie de la Cité, et je sais, comme vous tous, combien sont fréquents le soir les brouillards qui couvrent la Seine, en cet endroit surtout.

L'Hôtel-Dieu serait placé sur un terrain largement exposé aux vents du nord, et privé en grande partie de l'influence bienfaisante du sud, au loin par la montagne Sainte-Geneviève, auprès par Notre-Dame.

A ce reproche, nos deux collègues, membres de la commission, répondent en disant que cela n'a aucune importance, que les bâtiments seraient exposés à l'est et à l'ouest, c'est-à-dire dans la même situation que les Tuileries, et M. Broca a même appelé royale cette sorte d'orientation. Il y a là une erreur : l'exposition d'un terrain et l'orientation des bâtiments qui le couvrent sont deux choses différentes.

Dans nos climats, il faut éviter les vents du nord et ouvrir largement l'accès aux vents du sud. Ce n'est pas auprès de nous, médecins, qui plus encore que les gens du monde recommandons de choisir des appartements exposés au sud ou du moins au levant, qu'on pourrait plaider la cause de la supériorité de l'exposition au nord.

M. Gosselin nous promet pour l'Hôtel-Dieu des latrines inodores, des salles de rechange et de repos, cinquante-cinq mètres cubes d'air par malade, etc. Il serait étrange de voir construire le nouvel hôpital sans y apporter les améliorations qu'on trouve dans toute l'Europe; mais tout cela est réalisable partout ailleurs que sur l'emplacement de la Cité. Ce que l'on ne peut faire dans la Cité et sur un emplacement de 22,000 mètres, c'est donner à chacun des 600 malades la place qui lui est nécessaire : M. Trélat vous l'a démontré de manière à ne laisser prise à aucun doute, et l'on se débat inutilement contre une impossibilité absolue.

J'ajoute un seul mot : on donnera, dit-on, 55 mètres cubes d'air par malade; il y a là une erreur que je ne dois pas laisser passer sans y répondre. Quand nous parlons de donner de l'espace au malade, ce n'est pas de cubage des salles qu'il s'agit, ce n'est pas de serrer les malades les uns contre les autres, à la condition de les placer dans des salles démesurément hautes, comme à l'hôpital Saint-Louis par exemple. C'est l'espace superficiel qu'il faut au malade, c'est celui-là que vous ne pourrez jamais lui donner à l'Hôtel-Dieu. Je comprends maintenant comment les bâtiments projetés dépasseraient avec trois étages la hauteur des maisons de la rue de Rivoli; je comprends comment l'on trouvera ces 55 mètres cubes qui servent de réponse illusoire à toutes les objections; mais c'est la superficie qu'il faut au malade, c'est une bonne aération, le soleil et la lumière, et tous ces éléments indispensables d'une bonne hygiène ne se trouvent pas sur le terrain choisi par l'administration municipale.

M. TRÉLAT. Le discours de M. Gosselin peut se résumer ainsi : Je constate que les petits hôpitaux situés dans la campagne donnent de meilleurs résultats que les grands hôpitaux des villes, mais il ne m'est pas démontré que cela tienne à leur salubrité, d'autant plus que dans mon service de la Pitié, grand hôpital, j'obtiens de bons résultats depuis que je fais renouveler l'air par l'ouverture à peu près constante des fenêtres.

Nous ne pouvons que féliciter M. Gosselin des résultats très-heureux qu'il a obtenus, résultats fort différents des moyennes de tous nos hôpitaux, et nous n'hésiterons pas à les attribuer avec lui au bienfait du renouvellement de l'air. On ne pouvait apporter un argu-

ment plus favorable aux thèses qui ont été soutenues dans le sein de la Société. Nous voulons de l'espace entre les lits, de l'air pur et renouvelé dans les salles, de l'air pur et renouvelé entre les bâtiments, un milieu atmosphérique salubre. Par quel raisonnement M. Gosselin, qui indique la viciation de l'air dans les salles comme la plus grande cause d'insalubrité, arrive-t-il à croire qu'il suffit d'ouvrir les fenêtres et de faire entrer l'air de la cour, si cet air n'est pas lui-même dans de bonnes conditions? C'est là ce qui échappe et ce qui m'étonne.

Aussi je pense que, malgré lui, le discours de M. Gosselin prouve en faveur des petits hôpitaux situés dans un milieu salubre, puisque nous avons établi que les salles sont pénétrées par l'air ambiant et que cet air est d'autant plus pur et porte en lui d'autant moins de principes délétères et contagieux que l'agglomération des malades est moins grande et moins dense, condition qu'on obtient à peu près exclusivement dans les petits hôpitaux.

Quant à ce qu'a dit en terminant notre collègue sur le futur Hôtel-Dieu, je crois qu'il se laisse aller à de complètes illusions : on manque d'espace. Or, comme on ne peut donner que ce qu'on a, quelles que soient les promesses, on ne donnera pas d'espace. Nous savons à quoi nous en tenir sur les prétendues salles de rechange situées au quatrième étage, nous savons comment sont placées les salles de réunion pour les malades qui se lèvent.

Si M. Gosselin était mieux pénétré des rapports indissolubles qui lient la disposition d'un hôpital à l'espace sur lequel il est construit, il aurait vu de suite qu'un grand hôpital est absolument impossible à disposer d'une manière salubre dans le terrain de la Cité, et que les plus belles promesses s'évanouiraient comme un rêve devant les inévitables nécessités de l'exécution, que tout se tient dans un projet d'hôpital, et que dès qu'une condition fondamentale d'emplacement, d'espace ou de nombre est défectueuse, tout s'en ressent, quoi qu'on fasse.

M. VERNEUIL. Le discours de M. Gosselin est en désaccord si complet avec toutes les opinions qui ont été émises jusqu'à présent dans ce débat, que nous sommes forcé à notre tour de justifier les critiques que nous avons adressées au plan de l'administration, faute de quoi l'on pourrait croire que nous avons agi avec une légèreté singulière, que nous avons énoncé des assertions sans preuves et formulé des accusations injustes.

Pour MM. Trélat, Lefort, Giraldès, Marjolin, Legouest et nous-même, l'insalubrité d'un hôpital reconnaît des sources multiples que

nous trouvons malheureusement réunies comme à plaisir dans le futur Hôtel-Dieu. Or, nous avons entendu contradictoirement deux membres de la Commission médicale administrative, MM. Broca et Gosselin, qui rejettent comme non démontrés plusieurs de nos arguments. Pour le premier, l'exposition nord-sud n'est pas plus mauvaise que l'exposition est-ouest; le voisinage d'une rivière ne paraît pas avoir d'inconvénients. Pour le second, la supériorité des petits hôpitaux sur les grands, des hôpitaux ruraux sur ceux qui occupent le centre des villes, n'est rien moins qu'établie; il n'est pas même certain que les grandes opérations et les graves maladies internes aient une marche plus bénigne à la campagne que dans les cités.

Ces deux honorables collègues simplifient beaucoup le problème. Pour M. Broca, tout se résume dans l'encombrement, et M. Gosselin n'accuse guère que la viciation de l'air des salles. Je crois comprendre qu'il suffirait pour les satisfaire de remédier au seul vice qu'ils signalent. Aussi l'emplacement de l'Hôtel-Dieu ne paraît radicalement mauvais ni à l'un ni à l'autre, et pour M. Gosselin, il y aurait avantage, ne fût-ce que pour l'enseignement à conserver dans le centre une grande agglomération de malades : il suffirait d'ouvrir largement les fenêtres des salles, et l'hygiène devrait se déclarer satisfaite.

Que l'on se montre difficile sur les preuves, rien de mieux; mais de ce qu'une opinion n'est pas démontrée par des chiffres, il ne s'ensuit pas qu'elle soit sans valeur, et en vérité l'hygiène générale, le bon sens et l'observation journalière ont déjà répondu aux doutes de nos contradicteurs.

Oui, il est certain que pour les malades et les gens bien portants l'exposition au nord est moins bonne que les trois autres. Oui, il est certain que le voisinage de l'eau est fort nuisible aux riverains. Pour juger la valeur comparative des grands hôpitaux des grandes villes et des petits hôpitaux de la campagne, il faut partir de données générales qu'on ne saurait contester.

Dans un lieu quelconque, la mortalité croît avec la condensation des individus, et les grands centres industriels en ont trop malheureusement fourni la preuve. Dans une même ville, la mortalité diffère singulièrement suivant les quartiers.

A l'autre extrémité de l'échelle mortuaire se trouvent les contrées où la population est rare, disséminée, les quartiers bien bâtis, bien exposés, et jouissant des bienfaits d'une hygiène bien entendue.

Autre argument qui n'a pas besoin d'être étayé par des chiffres. Un père de famille soucieux de sa santé et de celle des siens, ayant le choix du lieu, ira-t-il planter sa tente au fond d'une impasse, dans

un entre-sol obscur et sans air, ou à l'angle d'une rue glacée par le vent du nord, ou sur le bord d'une mare infecte? Mettra-t-il pendant la nuit tous les lits dans la même pièce, ou tiendra-t-il en janvier portes et fenêtres largement ouvertes ? Ces questions n'ont pas besoin de réponse.

En hygiène, Dieu merci, tout n'est pas incertain, et nous possédons des bases et des documents consacrés par l'expérience. Certes, nous savons bien qu'un hôpital, étant une agglomération d'individus, implique déjà par le fait un certain degré d'insalubrité. Mais il nous reste la possibilité et le devoir de réduire à leur minimum les chances mauvaises. L'agglomération étant inévitable, il s'agit d'en atténuer autant que possible les inconvénients; pour cela, que faut-il faire? Le bon sens l'indique : s'éloigner le plus possible des conditions où la concentration devient désastreuse, se rapprocher autant que faire se peut de la dissémination de la campagne ou au moins de la pratique privée.

Donner aux malades d'hôpital de l'air, de la lumière, de l'espace, du soleil, les réunir en petit nombre, les soustraire aux influences délétères des grandes villes, etc., toutes conditions dont M. Gosselin paraît faire assez bon marché, et qui, à nos yeux, sont au contraire de la plus haute importance.

La voie que nous proposons à coup sûr n'engendrera ni malheurs, ni regrets, ni remords.

Quant aux besoins de l'enseignement, je crois avoir démontré précédemment qu'il a tout à perdre à la construction d'un hôpital populeux et partant insalubre.

J'adresserais volontiers un dernier reproche à M. Gosselin, c'est l'incertitude où il nous laisse : il nous avait promis de dévoiler les inconvénients des petits hôpitaux excentriques et les avantages des grands hôpitaux du centre, il ne nous a nullement démontré ces promesses. D'un autre côté, il trouve l'emplacement du futur Hôtel-Dieu très-acceptable, et en même temps il reconnaît la valeur des objections de MM. Trélat, Le Fort, Giraldès et autres. J'avoue que je trouve ici une contradiction manifeste, et que je ne vois guère de conciliation praticable entre des termes si opposés.

M. GOSSELIN. En réponse à la dernière observation de M. Verneuil, je fais observer que je n'adopte pas le plan proposé pour les constructions de l'Hôtel-Dieu, puisque je m'élève et me suis élevé avec force dans la commission dont on vient de parler contre le projet de pavillons réguliers, conformément au système de Tenon, adopté à Lariboisière et à Beaujon. Je tiens d'ailleurs à ce qu'on sache bien

que je ne suis ici l'interprète et le défenseur d'aucune administration ni commission, et que je représente mes propres idées et non celles d'autrui.

J'admets très-volontiers le moyen de ventilation naturelle que vient de proposer M. Giraldès, et je suis d'avis qu'on adopte tout autre qu'on proposerait pour aider au renouvellement naturel de l'air dans les salles.

M. Verneuil vient de mettre en relief la difficulté de la question en faisant entendre que nous ne savions pas à quelle limite s'arrêtait l'encombrement. Qui dit hôpital dit rassemblement de malades, et qui dit rassemblement dans des salles dit viciation de l'air. On ne peut empêcher cette viciation de devenir nuisible que de deux façons : ou en donnant pour chaque malade des espaces très-considérables, ce qui me paraît impossible à réaliser, ou en corrigeant la viciation de l'air dans les espaces restreints, mais plus grands que ceux qu'on a donnés jusqu'à présent. J'avais d'ailleurs omis de dire et je le dis maintenant, en réponse à l'une des objections de M. Le Fort, que l'espace projeté entre les lits du nouvel Hôtel-Dieu est, si je ne me trompe, d'un mètre cinquante centimètres au moins, et que cet espace me paraît, avec la grande aération, suffisant pour les salles d'un hôpital.

Quant à l'objection qui m'est adressée des meilleures qualités de l'air hors des grandes villes que dans leur intérieur, je réponds que je ne l'ai pas nié. Je prétends seulement que je ne sais pas et que personne ne sait aujourd'hui d'une façon péremptoire si les maladies graves dont on meurt dans les hôpitaux, et je pense de suite à la fièvre typhoïde, à la pneumonie, à la phthisie galopante, etc., seraient moins graves et donneraient moins de mortalité lorsque les sujets, après en avoir été atteints dans Paris même, seraient conduits et traités hors Paris. De même, personne n'a les documents nécessaires pour prouver que ces mêmes maladies guériraient mieux dans un petit hôpital que dans un grand. Si j'avais voulu user et abuser des statistiques en bloc, j'aurais rappelé que la mortalité la plus faible, celle de 1 sur 10 environ, a été trouvée depuis trois années à l'hôpital de la Charité, et pendant la période de 1845 à 1854 à l'Hôtel-Dieu, le plus grand hôpital de Paris (800 lits), et que l'hôpital Cochin, le plus petit, quoique venant dans un bon rang, n'occupe encore que la seconde ou la troisième place. Mais je me suis expliqué sur les statistiques en bloc et leurs illusions possibles. Laissons-les de côté; mais reconnaissons que nous n'avons pas les matériaux nécessaires pour donner des preuves en faveur de telle ou telle espèce d'hôpital.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Anus artificiel. — M. J. ROCHARD, membre correspondant, met sous les yeux de la Société une pièce pathologique relative à un sujet dont il l'a déjà entretenue deux fois.

C'est l'anus artificiel d'un enfant du sexe masculin opéré par le procédé de Littre le 15 octobre 1859, et mort du croup le 24 juin 1864.

La tumeur, dont M. Rochard a déjà montré la photographie à la Société, a 25 millimètres de long sur 20 de large; elle est ovoïde, aplatie et filtrée par son séjour prolongé dans l'alcool. On y distingue facilement les deux orifices : le supérieur, évasé, est situé au fond d'une excavation dont les plis rayonnés convergent vers son centre; l'inférieur, beaucoup moins distinct, est enseveli au fond d'un des sillons concentriques qui couvrent la tumeur. La portion de peau qui entoure la tumeur et qui a été enlevée avec elle est parfaitement saine, et ne présente ni érosions ni gerçures.

En examinant la pièce par sa face interne, on voit les deux bouts de l'S iliaque, sur laquelle l'instrument a porté, converger vers l'ouverture faite aux parois, sans adhérer entre eux. Une anse de l'intestin grêle est venue se placer dans l'angle qu'ils forment en se réunissant, sans pénétrer dans l'ouverture.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, U. TRÉLAT.

Séance du 23 novembre 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine.

— Une lettre de M. le docteur Patoureau relatant une opération de *taille bilatérale pour un calcul enchatonné* ayant pour base un crayon.

— M. Marjolin communique une lettre adressée à la Société de chirurgie par M. Ragaine (de Mortagne), à l'occasion de la discussion sur l'*hygiène des hôpitaux*. Cette lettre est une nouvelle preuve de la supériorité des petits hôpitaux, qui ne sont pas constamment occupés et encombrés comme ceux des grandes villes. Depuis plus de vingt ans que M. Ragaine est chargé du service de l'hôpital, il a eu occasion de soigner un assez bon nombre de malades atteints de blessures gra-

ves; de plus il a pratiqué sur des adultes 12 amputations de jambe, 6 de bras, 19 du sein, 3 de la verge, opéré 7 hernies étranglées, extirpé 8 tumeurs diverses, etc. En résumé, le total de ses opérations monte à 86, et sur ce nombre assez considérable, il n'y a pas eu un insuccès; jamais, au reste, notre confrère n'a observé dans son service ces érysipèles ou ces résorptions purulentes dont les conséquences sont si fâcheuses pour les opérés de nos grands hôpitaux.

— M. Follin dépose sur le bureau, au nom de M. Pize (de Montélimart), une observation de *Hernie inguinale du gros intestin; étranglement; kélotomie; irréductibilité; perforations gangréneuses; suture; perforation traumatique; anus contre nature, sans entonnoir, sans éperon; formation de tissu inodulaire sur l'intestin; guérison.*

— M. Giraldès fait hommage à la Société du tome IV de l'ouvrage intitulé : *A system of surgery by various authors*, edited by Holmes. Cette importante publication est la réunion de monographies dues à des auteurs ayant étudié spécialement les questions qu'ils ont développées. Elle renferme un grand nombre d'articles fort importants. M. Holmes sollicite l'honneur d'être placé sur la liste des candidats au titre de membre correspondant : cette demande est agréée.

DISCUSSION.

Hygiène hospitalière.

M. LARREY prononce le discours suivant :

Messieurs,

La discussion de la Société de chirurgie sur l'hygiène des hôpitaux appliquée à la reconstruction de l'Hôtel-Dieu m'avait paru jusqu'ici appartenir beaucoup plus à la pratique civile qu'à la pratique militaire, et je me serais peut-être abstenu d'y prendre part si je n'y avais été entraîné définitivement par le discours de M. Gosselin. J'ai été surpris, je l'avoue, de ses opinions contraires à la pensée générale de la Société; mais si la position même de notre honorable collègue donne une grande autorité à sa parole, la loyauté de son caractère lui fera regretter l'expression de ses doutes, de ses incertitudes sur quelques-uns des points les plus essentiels de l'hygiène hospitalière.

Voilà pourquoi, Messieurs, je me décide à intervenir dans la question, encouragé que j'y suis d'ailleurs par quelques-uns d'entre vous, et surtout par le digne promoteur de cette discussion.

Mon intention ne saurait être de reproduire devant la Société de chirurgie le long discours que j'ai prononcé, en 1862, à l'Académie de médecine sur l'hygiène des hôpitaux militaires; mais je me pro-

pose d'emprunter aux grands établissements de l'armée quelques-uns des arguments les plus propres à établir la conviction sur ce qui convient le mieux à la salubrité des hôpitaux en général et à celle de l'Hôtel-Dieu en particulier. Une expérience de trente années dans les hôpitaux militaires, l'habitude de suivre pendant longtemps les hôpitaux civils, la suppléance de M. le professeur Cloquet pendant trois années à l'hôpital des Cliniques, et enfin depuis sept ans l'inspection médicale de la plupart des hôpitaux militaires de la France et de l'Algérie, tels sont les antécédents que je puis faire valoir pour discuter la question qui occupe en ce moment l'attention du corps médical et qui semble suspendre encore l'exécution d'un projet officiel.

Mais, Messieurs, cette question est à la fois si vaste, si complexe, que je ne saurais en séparer les principaux éléments. Je vous demande donc la permission d'apprécier à mon point de vue ce qui a été ou pouvait être dit par plusieurs de nos collègues, et d'y joindre quelques considérations empruntées à la pratique des hôpitaux militaires.

L'étude critique de M. Trélat sur la reconstruction de l'Hôtel-Dieu expose si nettement l'état de la question et en déduit si bien les conséquences qu'elle a déjà fixé l'attention de l'autorité administrative, comme elle doit, malgré quelques dissidences, éclairer nos débats.

Mais n'oublions point les efforts persévérants accomplis de nos jours par l'Assistance publique pour assainir et transformer les hôpitaux depuis les mémorables rapports de Tenon, Bailly, jusqu'au magnifique travail de M. Husson, qui résume largement tout ce qui a été dit et fait, tant à l'étranger qu'en France, sur cette importante question.

N'oublions pas non plus l'intervention si utile de plusieurs de nos honorables collègues dans la commission médicale qui a été saisie de l'examen de cette importante question. Le projet nouveau de reconstruction de l'Hôtel-Dieu a été de sa part l'objet d'un important rapport fait par M. Broca, avec une appréciation impartiale des vues de l'administration et des intérêts de l'hygiène.

Mais, malgré les concessions déjà obtenues, ou à obtenir encore, il n'en reste pas moins dans l'ancien Hôtel-Dieu encore debout un effectif de 800 lits dont il faudra bien rétablir l'équilibre pour les besoins du service hospitalier. C'est là que réside le point de départ de la reconstruction projetée, ne le perdons pas de vue, en tenant même compte de la réduction consentie à 600 lits, réduction qui pourra se faire plus complétement encore par une répartition nouvelle ou différente et déjà proposée de cet effectif nécessaire.

Que convient-il donc de faire, selon nous, dans ce but?

.. Et d'abord, Messieurs, prévenir à tout prix l'encombrement, qu'il faut considérer comme le fléau du régime hospitalier, et dont les conséquences deviennent désastreuses lorsqu'elles sont méconnues, quelles que soient d'ailleurs les autres conditions d'hygiène les meilleures et les mieux comprises.

Je croirais superflu de revenir et d'insister sur cette considération fondamentale si elle n'échappait ordinairement à l'attention ou aux souvenirs des gardiens de la santé publique. Il suffit que la constitution médicale régnante multiplie les maladies même les plus légères, et à plus forte raison provoque le développement des épidémies les plus graves, pour qu'aussitôt la répartition des malades dans les hôpitaux en dépasse le mouvement habituel. Il y a là, ou plutôt il y a eu à certaines époques une tendance, je n'ose dire une routine d'organisation, aussi bien militaire que civile, inspirée sans doute par l'intention du bien, mais préjudiciable à la salubrité, c'est l'accumulation des malades dans les hôpitaux. Les preuves à l'appui seraient sans nombre s'il était nécessaire de les rechercher, et l'un des exemples les plus frappants déjà cités, c'est le cadre primitif de l'hôpital Lariboisière qui ne devait comprendre que 400 malades, mais qui en a reçu 600. De là sans doute cette destinée fatale, malgré les conditions les plus heureuses à tant d'autres égards. Et combien d'autres hôpitaux ne pourrait-on pas citer qui ont subi ces conséquences fâcheuses d'une augmentation de leur effectif normal !

Il n'est pas besoin d'ailleurs d'emprunter seulement aux grandes réunions de malades des exemples à l'appui de cette vérité pour faire ressortir les dangers de l'encombrement. Il nous suffira de vous dire que dans l'armée les casernes s'infectent comme les hôpitaux. Pringle et bien d'autres hygiénistes militaires l'ont démontré. C'est ainsi que la caserne Napoléon a offert à l'origine de son installation un état d'insalubrité qui a disparu par la diminution de l'effectif. C'est encore ainsi que la caserne monumentale du Prince-Eugène, sur le boulevard du Temple, était devenue un foyer morbide, dont se ressentait surtout l'hôpital Saint-Martin par l'affluence des malades. Une commission spéciale s'est activement préoccupée de cette situation, et après bien des recherches elle a conclu à faire évacuer définitivement tout un bataillon de cette caserne, qui désormais est devenue salubre.

De semblables faits sont multipliés presque forcément à bord des navires, et nos dévoués confrères les chirurgiens de la marine pourraient en fournir bien des exemples applicables pour eux à un vaisseau-hôpital, comme l'est pour nous la question générale d'hygiène appliquée à la reconstruction de l'Hôtel-Dieu.

La conséquence logique et très-simple de ce fait primordial, c'est donc d'éviter l'accumulation des malades, et de leur assurer le plus d'espace possible aux dépens, si on veut, de l'élégance, des embellissements et du luxe inutiles aux établissements hospitaliers.

Ne doutons pas que l'administration municipale, si bien dirigée, ne sache appliquer à l'Hôtel-Dieu l'œuvre d'assainissement qu'elle a déjà si largement accomplie pour les divers établissements de Paris tout entier.

Cela dit, Messieurs, je reprendrai, à mon point de vue, les points les plus essentiels de la question qui nous occupe. Et d'abord l'emplacement.

Le principe d'établir les hôpitaux *extra muros* est certainement rationnel, toutes les fois surtout que les limites d'une ville ne sont ni trop étendues ni fortifiées. C'est une situation très-favorable que j'ai été à même de constater, dans un grand nombre de localités où m'ont conduit en France mes devoirs d'inspection médicale. Il paraît que hors des murs, devraient être surtout placés les hôpitaux d'accouchement, reconnus insalubres au contraire dans l'intérieur des villes.

Mais il n'en serait plus de même pour les grandes villes, où la distance à parcourir étant trop considérable et les besoins de l'assistance publique trop multipliés, nécessitent absolument des hôpitaux *intra muros;* et je m'étonne que l'on ait proposé de transférer tous les hôpitaux à la campagne. Les plus grandes villes de l'Europe ont des hôpitaux dans leur enceinte, comme on le voit à Londres surtout, dont l'organisation hospitalière a été si bien étudiée par MM. Le Fort, Giraldès, Blondel, et par d'autres encore.

La même nécessité subsiste pour les villes fortifiées, grandes ou petites, dont on ne saurait écarter les hôpitaux sans franchir d'abord la distance voulue de la zone militaire et sans les exposer, en cas de guerre ou d'investissement, à devenir non-seulement des établissements inutiles, mais encore des points de refuge ou de retranchement pour l'ennemi.

Reconnaissant toutefois que la situation de certains hôpitaux dans l'intérieur les expose surtout aux funestes effets de l'encombrement, je m'abstiens d'en citer des exemples.

Un fait général m'a quelquefois paru inexplicable par les étranges vicissitudes que peut subir tel ou tel établissement. Soit une caserne, par exemple, placée dans les conditions de salubrité les plus désirables et à peine occupée par un nombre de troupes au-dessous de sa contenance. — Mais cette caserne est neuve ou de récente construction et les hommes y tombent malades.

Près de là se trouve une autre caserne dont le mauvais emplace-

ment, le mauvais état, et l'occupation entière, représentent un foyer d'insalubrité apparente ; il n'en est rien cependant, et nulle influence morbide ne s'y manifeste ; mais cette caserne est vieille et vouée à la démolition, telle est, par exemple, la caserne de l'Ave Maria près de celle des Célestins.

Y aurait-il là cette influence des habitations particulières, reconnues insalubres lorsqu'elles sont toutes neuves ? Je le croirais volontiers. Ce serait donc un point à examiner et à sauvegarder pour l'occupation du futur Hôtel-Dieu.

Quoi qu'il en soit à cet égard, il deviendra utile d'examiner quelque jour si la répartition actuelle de tous les hôpitaux du nouveau Paris ne convient pas aux besoins de la grande cité, s'il n'y aura pas lieu d'en établir de nouveaux, et dans quels points il conviendra de les placer.

Nous pourrions désirer, avec quelques-uns de nos collègues, que le premier hôpital à créer fût situé au nord-est de la ville, où se porte aujourd'hui la plus grande masse de la population ouvrière, et je désignerais d'autant mieux le quartier Popincourt que la place de Paris a eu là autrefois un grand hôpital militaire destiné plus particulièrement aux vénériens de la garnison.

On ferait peut-être bien ensuite d'organiser un hôpital aux Batignolles ; mais n'allons pas si loin d'avance, et rapprochons-nous de l'Hôtel-Dieu.

Son emplacement actuel, depuis si longtemps critiqué, soumis tant de fois à des projets de reconstruction, soit sur place, soit ailleurs, a été, notamment de la part de M. Trélat, l'objet d'une appréciation rigoureuse qui me semble bien fondée. Je n'essayerai donc pas de la reproduire, mais nous devons faire à cet égard de sages réserves en poursuivant d'abord l'examen des conditions applicables à l'Hôtel-Dieu.

S'il pouvait être reconstruit sur un lieu élevé, ce serait une situation assurément préférable à celle qu'il occupe encore ou à celle qui lui est destinée ; car on est généralement bien d'accord sur les avantages de cette position pour les hôpitaux, et c'est ainsi qu'il en est souvent pour les hôpitaux de l'armée, soit en France, soit plus encore en Algérie. — Notons cependant qu'il y a des exceptions à cette règle. L'hôpital du Saint-Esprit à Rome, près du Vatican, passait autrefois pour très-insalubre, quoiqu'il fût placé sur un point culminant de la ville.

Il n'en est pas moins vrai que les lieux bas et humides, entourés d'eaux stagnantes, sont tout à fait contraires à l'emplacement d'un hôpital.

Mais il ne faut pas confondre dans cette réprobation le voisinage

des cours d'eau, dont le courant même semble plutôt favorable que nuisible à la salubrité de l'établissement. On ne saurait en douter pour les principaux hôpitaux de Lyon, placés sur les bords du Rhône, et on l'a constaté pour l'Hôtel-Dieu de Nantes, dont la reconstruction récente entre deux grands bras de la Loire avait été approuvée par une commission spéciale.

Il pourrait donc en être de même pour l'Hôtel-Dieu, faute d'un emplacement meilleur et à condition d'éloigner cet hôpital du petit bras de la Seine, qui ressemble plutôt à une eau stagnante qu'à une eau courante.

Le plan de reconstruction de l'Hôtel-Dieu dans la Cité se rattache peut-être à des considérations d'un ordre que nous ne pouvons apprécier, soit au point de vue de l'administration municipale, soit au point de vue de la topographie politique ; mais, eu égard à la question d'hygiène, déjà si complexe et si difficile par elle-même, nous ne saurions non plus approuver cet emplacement qui n'a plus sa raison d'être comme autrefois, alors que toute la Cité représentait un amas d'habitations ouvrières ou pauvres, et lorsque les quartiers environnants, lieux malsains ou infectés, faisaient affluer chaque jour les malades à l'Hôtel-Dieu. Témoin cette rue même éloignée, dite de la Mortellerie à cause de la funeste destinée de ses habitants.

N'insistons pas sur une vérité bien reconnue, en espérant toutefois que si le projet d'emplacement officiel est maintenu, il sera subordonné peut-être à des réductions désirables, pour garantir la salubrité de cet établissement. Il suffirait pour cela d'en former seulement un hôpital d'urgence ou de premiers secours, en lui donnant même toutes les proportions d'un modèle en ce genre, mais en lui assurant le plus vaste espace de terrain et toutes les autres conditions d'hygiène hospitalière.

Si, au contraire, le plan topographique était abandonné, pour reporter dans le voisinage la reconstruction de l'Hôtel-Dieu, je me rallierais complétement à la pensée de plusieurs de nos collègues, exprimée surtout et bien motivée par M. Trélat, c'est-à-dire de placer l'hôpital sur le terrain même de l'annexe.

Ici se représente la question des grands et des petits hôpitaux. On conteste en principe, aux grands hôpitaux, les conditions de salubrité, que, toutes choses égales d'ailleurs, les petits hôpitaux possèdent plus sûrement. Je partage aussi cette opinion, qui pourrait, au besoin, se fonder même sur ce que j'ai vu dans les établissements de l'armée. Il y a même eu autrefois, pour la garnison de Paris, de petits hôpitaux, oubliés aujourd'hui, et qui étaient alors des succursales du Val-de-Grâce : tels étaient les petits hôpitaux de la rue des Postes, de la

rue Blanche et de Picpus, où en 1832 j'ai partagé avec mon collègue et ami M. Sédillot un service spécial de cholériques.

Mais si bien installés, si salubres que fussent ces petits hôpitaux, l'administration de la guerre dut les abandonner, parce qu'ils devenaient onéreux, exigeaient plus de moyens de transport et rendaient difficiles l'entretien ainsi que la surveillance du service.

Tels sont, en effet, les inconvénients des petits hôpitaux, on ne peut le nier; mais on ne doit, en définitive, accorder la préférence aux grands hôpitaux qu'à condition d'être largement installés loin des habitations, comme à la campagne, c'est-à-dire au dehors ou aux confins des villes, comme l'hôpital de la Charité, à Berlin, en effet le plus magnifique modèle, ou bien comme quelques-uns de nos plus beaux établissements civils et militaires de France.

Et encore faut-il, pour assurer l'hygiène des grands hôpitaux, pourvoir à leur distribution intérieure avec une intelligente sollicitude pour le bien-être et les besoins des malades.

Je conclurai donc à l'utilité de maintenir les grands hôpitaux, avec toutes les améliorations désirables, en dehors des centres de population, et à la nécessité de n'établir au milieu d'elles que de petits hôpitaux, proportionnés seulement aux exigences d'un service bien dirigé, bien fait et préservé surtout de l'encombrement. C'est à ces conditions seulement qu'un petit hôpital pourrait être reconstruit sans préjudice dans la Cité ou mieux encore dans son voisinage.

La construction d'un hôpital, évaluée à 15 ou 20 0/0 de la superficie totale du terrain d'emplacement, doit avoir ses proportions d'après l'étendue et non d'après l'élévation du bâtiment; on est bien d'accord aujourd'hui sur ce premier point.

Il n'en est pas ainsi de la forme de construction en elle-même, qui varie singulièrement, selon le goût des architectes ou des ingénieurs, et qui devrait cependant s'adapter avant à la santé des malades. La forme rectangulaire d'un seul bâtiment susceptible de s'étendre plus ou moins me semble le système le meilleur, parce qu'il assure l'espace, l'air et la lumière de toutes parts, tandis que les autres formes, en croix, par exemple, comme dans beaucoup d'hôpitaux d'Italie et même de France, en T, en fer à cheval, et surtout en carré fermé, constituent plus ou moins des obstacles aux bienfaits de l'aération.

J'en dirais autant des pavillons séparés si, n'étant point placés sur la même ligne, ils se trouvent trop rapprochés les uns des autres, ou placés les uns devant les autres, se faisant ombre ainsi mutuellement, et se privant en partie les uns par les autres des avantages mêmes que l'on cherche à leur assurer.

C'est pourquoi aussi l'orientation de l'hôpital n'est pas indifférente,

comme on l'a supposé. La meilleure paraît être de l'est à l'ouest, à l'instar, par exemple, du palais des Tuileries et du palais de Versailles, préservés ainsi en été de la chaleur du soleil, et en hiver des vents du nord. Il serait donc désirable que cette exposition fût substituée pour l'Hôtel-Dieu à l'orientation projetée, toute contraire à celle-là.

L'élévation de l'édifice constitue l'un des points essentiels de la construction. Bally et Tenon, les premiers, ont insisté judicieusement sur l'avantage des bâtiments à un seul étage, en accordant qu'il convient quelquefois d'en admettre deux, mais jamais trois.

Les inconvénients de plusieurs étages superposés, s'infectant de bas en haut, ont été assez prouvés depuis, pour que nous n'ayons pas à y revenir aujourd'hui. Ce vice de construction tend à s'aggraver d'ailleurs d'autant plus, dans les bâtiments à quatre faces fermées de toutes parts, comme les cloîtres, celui du Val-de-Grâce, par exemple. Il en est de même, par analogie, pour les hautes casernes complétement closes. Nous ne saurions trop réclamer à cet égard la sollicitude de l'autorité, afin de prévenir la décision d'une installation aussi défectueuse pour tout hôpital et spécialement pour l'Hôtel-Dieu.

Dans la distribution intérieure des locaux, les sous-sols, que l'on a raison de réprouver absolument pour y loger des malades, ne seraient pas sans avantage pour isoler le rez-de-chaussée d'un terrain humide, en assurant à l'édifice les conditions d'assainissement d'une construction sur pilotis.

Au rez-de-chaussée, du reste exhaussé, seraient répartis les différents services de l'administration, la communauté des sœurs, et les dépendances de l'hôpital, pharmacie, cuisine, salle de garde, etc. L'étage supérieur appartiendrait exclusivement aux malades, et à la rigueur un second étage, laissé à peu près vide ou en réserve, servirait à disséminer les convalescents ou à isoler les malades graves.

Un double escalier au milieu séparerait nécessairement le service des hommes de celui des femmes et des enfants, que l'on doit admettre aussi à l'Hôtel-Dieu, mais à part.

Quant à l'aspect extérieur de l'édifice, il doit être simple, sévère et digne de sa destination, sans comporter d'ornements superflus d'architecture. C'est à dessein que je me permets cette remarque pour prévenir tout excédant de dépense inutile, alors qu'il faudrait au contraire viser à la plus intelligente économie de construction, pour édifier, s'il est possible, deux hôpitaux plutôt qu'un seul.

Hors ces dispositions bien entendues, tout hôpital menacé d'encombrement serait plus insalubre en temps d'épidémie que les tentes et les baraques militaires ne le sont en campagne.

Il y a même dans l'armée un hôpital entièrement baraqué, celui du

Dey, à Alger, construit en 1830 comme hôpital provisoire, et resté assez sain jusqu'à présent, pour que sa vétusté seule le fasse remplacer aujourd'hui par un hôpital définitif.

La condition d'espace en largeur est donc la plus essentielle pour répandre sur un hôpital l'air, la lumière et la chaleur dont il a besoin; car l'espace en hauteur seulement deviendrait plus nuisible qu'utile, comme je m'en suis assuré en Italie, lorsque quelques églises ont été provisoirement ouvertes à nos blessés.

Les moyens d'aération naturelle me semblent aussi de beaucoup préférables en principe aux systèmes les plus ingénieux de ventilation artificielle. Ceux-ci cependant ne doivent pas être négligés pour seconder provisoirement ceux-là, plutôt que pour les remplacer définitivement, à moins de conditions exceptionnelles.

L'installation des salles a une telle importance que l'on ne saurait trop y insister. Elles ne doivent pas contenir, en général, plus de vingt à trente lits; mais trop petites cependant, elles multiplient les angles rentrants moins favorables aux malades que l'espace vide tout autour d'eux : c'est ainsi qu'une chambre de quatre lits, fût-elle grande, s'infecterait plus vite qu'une galerie ouverte où seraient couchées dix, vingt ou même trente personnes.

L'accès des salles doit être facilité par de vastes paliers à doubles portes avec des escaliers doux à monter. On pourrait, selon le besoin et à volonté, agrandir, rétrécir ou diviser une salle par le moyen de cloisons mobiles. C'est ce que j'ai vu, par exemple, à l'hôpital militaire de Bayonne, que je considère comme un modèle à peu près complet des établissements hospitaliers. La construction en avait été confiée autrefois à un officier du génie qui s'était entouré à cet effet de toutes les lumières, de toutes les opinions utiles, et qui est devenu aujourd'hui le maréchal Niel.

Les salles de rechange, dont l'institution toute militaire remonte à une proposition du Conseil de santé des armées, vers la fin du dernier siècle, paraissent adoptées aujourd'hui dans les hôpitaux civils, et doivent être soigneusement réservées pour l'Hôtel-Dieu.

J'exprimerais le vœu d'y joindre une salle de convalescence, comme je l'avais établie au Val-de Grâce lorsque j'en étais le médecin en chef, si cette proposition n'entraînait pour un hôpital civil l'inconvénient des abus et peut-être l'insuffisance de la discipline.

Les fenêtres à ouvertures élevées plutôt que basses, comme dans les hôpitaux anglais, dont a parlé M. Giraldès, offrent le double avantage d'assurer mieux l'aération de la salle, sans exposer les malades à l'action directe de l'air.

Le parquet, préférable au dallage, doit être frotté avec soin plutôt

que lavé à grande eau, comme on le fait trop souvent encore, même dans les hôpitaux du Midi, où cette coutume paraît moins nuisible.

Sans m'arrêter aux détails de la literie, je dirai seulement qu'il faut se contenter, dans chaque salle, de deux rangées de lits, également espacés les uns des autres, selon un cubage d'air invariable, écartés des murs, composés d'un matelas et d'un sommier élastique, au lieu d'une paillasse, et proportionnellement disponibles pour assurer à quelques malades graves un lit de rechange, en même temps qu'une plus grande aération. Les lits de femmes conserveraient seuls des rideaux, mais habituellement ouverts.

Il suffirait d'affecter au nouvel Hôtel-Dieu 300 ou 400 lits comme grand hôpital, sinon 100 ou 200 seulement comme petit hôpital, à condition de reporter 400 ou 500 lits sur un autre établissement à édifier ailleurs. La solution de la difficulté me paraît satisfaisante à cet égard dans le remarquable écrit de M. Trélat.

Le point essentiel, après une juste fixation arrêtée, ce sera de ne dépasser jamais la contenance réglementaire des lits dans aucune salle, sous peine de provoquer les dangers de l'encombrement.

Il est inutile d'ajouter qu'à chaque salle seraient annexés deux cabinets à part pour les maladies les plus graves, ou provisoires pour les affections contagieuses, ou bien encore pour les grandes opérations chirurgicales.

Une propreté minutieuse et bien réglée, des soins de charité intelligente comme ceux que miss Nightingale a si bien exposés, l'installation la plus favorable des latrines et l'application des water-closets de l'hôpital Saint-Louis ou de tout autre système reconnu aussi avantageux, compléteraient pour l'Hôtel-Dieu les conditions d'hygiène les plus désirables.

Nous n'avons pas à examiner ici la question cependant si importante du régime alimentaire, dont l'amélioration progressive occupe encore l'administration des hôpitaux civils comme celle des hôpitaux militaires.

Mais il faut espérer que la reconstruction de l'Hôtel-Dieu procurera aux malades, avec le bienfait d'une aération salutaire, le privilége dont manquent la plupart des hôpitaux de Londres, l'exercice au grand air dans un promenoir qui deviendra le square de l'hôpital.

Attendons aussi de l'autorité municipale le soin d'assurer aux malades le repos et le bien-être si nécessaires à leur guérison, en les préservant le plus possible des bruits du voisinage et des émanations nuisibles des établissements insalubres.

Le choix et la répartition bien entendus des malades sont en définitive d'une grande importance pour maintenir dans les hôpitaux les

conditions de salubrité nécessaire et pour prévenir surtout le développement sur place des affections nosocomiales, soit sporadiques, soit épidémiques, et à plus forte raison contagieuses, dont les conséquences deviennent surtout si funestes à la chirurgie. Il suffit de nommer l'érysipèle, la phlébite, l'infection purulente, la pourriture d'hôpital et par-dessus tout le typhus, pour démontrer une fois de plus combien cette question seule devient capitale pour l'Hôtel-Dieu. Elle a été soulevée avec beaucoup de raison par M. Verneuil, elle mériterait d'être reprise complétement, au point de vue surtout des appréciations les plus autorisées de la Société de chirurgie.

La mortalité dans les hôpitaux a été si souvent le sujet de recherches importantes que je ne crois pas nécessaire d'y revenir en ce moment. Elle a été comparée dans les grands et dans les petits hôpitaux, dans les hôpitaux civils et dans les hôpitaux militaires, comme M. Legouest l'a très-bien fait pour les hôpitaux de la garnison de Paris et de Vincennes.

Permettez-moi seulement, Messieurs, de rappeler ici, ne fût-ce que comme digression, un argument considérable à l'appui de l'opinion que, pour ma part, j'avais longuement développé dans la discussion de l'Académie de médecine.

Les terribles effets de l'encombrement avaient entraîné des désastres dans la campagne de Crimée; le choléra, la dyssenterie, la pourriture d'hôpital, et par-dessus tout le typhus, avaient décimé nos troupes. D'aussi grands malheurs pouvaient se reproduire dans une nouvelle guerre, il s'agissait de les prévenir, et ce fut vers ce but que tendirent tous mes efforts, lorsque j'eus l'honneur d'être nommé médecin en chef de l'armée d'Italie. Ma position comme chirurgien de l'Empereur me faisait doublement un devoir de solliciter auprès de Sa Majesté toute la latitude nécessaire pour obtenir des autorités militaires et administratives la dissémination générale et l'évacuation constante des blessés, en multipliant partout les secours hospitaliers; c'est ainsi qu'à part nos ambulances réglementaires et d'innombrables maisons de secours, nous avons transformé la plupart des établissements publics en hôpitaux, jusqu'à en compter 23 à Milan et 38 à Brescia. Mais aussi la conséquence finale de cette vaste diffusion a été de prévenir l'encombrement et de préserver l'armée de toute épidémie.

Et maintenant, Messieurs, si je cherchais à rétablir le lien de la discussion, interrompu peut-être par cette digression, je dirais que la population des hôpitaux de Paris forme aussi une armée entière dont il faut sauvegarder la conservation par la multiplicité des soins et par la dissémination des malades. Ce que l'on fera pour tous les hôpitaux

en général dans cette direction, deviendra un bienfait particulier pour l'Hôtel-Dieu.

L'institution des secours à domicile tend d'ailleurs de plus en plus à seconder efficacement l'Assistance publique, depuis que son ancien directeur, M. Davenne, en a dignement pris l'initiative à Paris. C'est donc une œuvre qui doit contribuer aussi à la salubrité des hôpitaux.

La reconstruction de l'Hôtel-Dieu intéresse enfin l'enseignement clinique dont la Société de chirurgie saura proclamer hautement l'importance. Les traditions de l'école de Desault et l'ancienne renommée de Dupuytren nous en font un devoir. Je crois cependant que le droit d'entrée pour les élèves devrait être exclusivement accordé aux ayants droit, afin de mieux assurer leur instruction clinique, afin d'éloigner de là tous les curieux que nous avons vus autrefois se presser en foule dans les salles et autour des lits, afin surtout de préserver les malades des inconvénients d'une trop grande affluence de monde au milieu d'eux.

On pourrait d'ailleurs étendre très-utilement les ressources de la clinique aux consultations du Bureau central, en consacrant par exemple deux heures par jour aux élèves, qui trouveraient là un complément sans cesse varié pour leur instruction, en s'inspirant auprès des maîtres des devoirs de leur présence et de leur avenir auprès des malades.

Je termine ici, Messieurs, ce trop long discours, en vous remerciant de votre bienveillante attention, et en vous soumettant, sous toutes réserves, quelques propositions qui expriment de simples vœux de ma part. Puissent-ils, comme je l'espère, s'accorder avec les vôtres, et mériter l'attention de l'autorité supérieure au moment où elle semble suspendre ses décisions sur l'entreprise de reconstruction de l'Hôtel-Dieu.

Voici ces propositions :

1° Propositions générales :

Constituer et agrandir la commission médicale des hospices en conseil d'hygiène des hôpitaux civils.

Ce conseil serait composé du directeur de l'Assistance publique, président, de quatre médecins et de quatre chirurgiens honoraires des hôpitaux, dont deux appartiendraient à l'enseignement clinique, d'un pharmacien honoraire, membre de l'Académie, d'un ingénieur et d'un architecte de la ville. Chaque hôpital aurait un conseil d'administration, et non pas seulement un directeur seul responsable.

Une inspection médicale des hôpitaux serait confiée aux membres de ce conseil, mais dans les attributions spéciales et exclusives de chacun d'eux.

Une inspection complète de tous les hôpitaux actuels en apprécierait l'utilité, d'après l'emplacement, la construction, l'emploi et les transformations ou perfectionnements nécessaires, en examinant ensuite la question des hôpitaux futurs à créer, selon les besoins de la ville de Paris.

2° Propositions spéciales relativement à l'Hôtel-Dieu :

Reconstruire l'Hôtel-Dieu de 300 à 400 lits au plus, non dans la Cité, où sa place n'a plus de raison d'être et entraînerait sans nécessité des frais immenses, mais sur l'emplacement actuel de l'annexe, c'est-à-dire sur la rive gauche, avec toutes les conditions de l'hygiène hospitalière.

Ou bien, si l'emplacemont de la Cité devient inévitable par des considérations étrangères ou supérieures à notre appréciation, il conviendrait au moins d'y réserver le plus grand espace possible pour un petit hôpital de 100 à 200 lits seulement.

Ce petit hôpital serait exclusivement destiné à des malades graves, hors d'état d'être transportés ou secourus ailleurs. Il pourrait, en conservant la dénomination d'Hôtel-Dieu, servir de type ou de modèle aux *maisons de secours*, dont l'installation sera plus tard sans doute reconnue nécessaire au centre de chaque arrondissement.

Il sera indispensable en même temps de construire un nouvel hôpital de 400 à 500 lits vers le nord-est de Paris, dans le quartier Popincourt, où prédomine aujourd'hui la classe ouvrière, en ménageant d'avance à cet établissement hospitalier un vaste terrain d'acquisition, mais en différant jusque-là la démolition de l'ancien Hôtel-Dieu.

M. RICHET. Je crois répondre au sentiment de la Société en proposant de mettre terme à la discussion. Il serait sans doute intéressant qu'elle fût résumée, et M. Trélat, qui a demandé la parole pour cet objet, me semble naturellement désigné.

M. TRÉLAT. Je suis prêt à prendre la parole et à présenter des conclusions que nous avons rédigées en commun, quatre de mes collègues et moi ; quoique plus étendues, elles ne diffèrent pas essentiellement de celles que vient d'énoncer notre honorable collègue M. Larrey.

M. A. GUÉRIN. Je me contenterai de dire quelques mots, et je ne parlerai que de chirurgie. C'est pour moi le seul point de départ utile dans une semblable discussion. Vous dites, en effet, qu'il y a inconvénient à accumuler les malades ; mais vous ne dites pas pourquoi. C'est l'infection purulente qui tue nos malades. Or il y a dix-sept ans que j'ai soutenu pour la première fois que l'infection purulente

est un véritable typhus, une maladie contagieuse par l'air, c'est-à-dire infectieuse; ma conviction à cet égard est absolue. Si vous disiez à l'administration : Vous craignez le choléra, vous faites tout pour vous en défendre quand il paraît, et vous n'êtes pas émue quand la peste est en permanence dans vos salles de chirurgie; vous seriez écoutés.

Pour moi, je tremble toutes les fois que je suis obligé d'opérer, et qu'il existe dans mes salles même un seul cas d'infection purulente. Je tremble, parce que la contagion est pour moi démontrée; aussi ai-je le droit de douter que vous aboutissiez à quelque chose avec de petits hôpitaux et de petites salles. N'eussiez-vous que deux malades en présence, si l'un est atteint, l'autre sera infecté. Ce qu'il faut réclamer, c'est l'isolement de l'infection purulente, et cela est facile. Il faut établir une distinction absolue entre les malades qui n'ont pas de plaies et ceux qui en ont, ou qui subissent des opérations, en se rappelant toutefois que le danger que courent les opérés est infiniment plus grand. Faites des chambrées parfaitement isolées et saines pour les opérés; laissez les autres malades dans les conditions communes que nous avons aujourd'hui, et vous verrez la mortalité diminuer.

Lorsque je suis arrivé à l'hôpital Saint-Louis, les salles venaient d'être entièrement remises à neuf; les résultats opératoires des premiers mois furent admirables; une infection purulente se déclara; depuis, cela n'a pas cessé, et il en sera ainsi tant que nous n'aurons pas de chambres d'isolement. Ces chambres sont d'autant plus nécessaires que l'on opère davantage. Dans les hôpitaux militaires, les résultats sont meilleurs, parce que l'on opère peu. Saint-Louis, placé dans de très-bonnes conditions, est devenu très-mauvais par suite de la nécessité où l'on se trouve d'opérer souvent pour des traumatismes graves. Il y a des malades qui, frappés de la physionomie que revêtent les individus affectés d'infection purulente, demandent à ne pas être opérés pendant que cet accident des opérations règne dans les salles.

Je répète, en terminant, que pour avoir d'utiles résultats on aurait dû partir du point de départ où je me place.

M. BLOT. Les opinions émises par M. Gosselin me font un devoir de faire connaître des faits qui en infirment la valeur et qui me semblent encore une fois bien démontrer la supériorité des petits hôpitaux.

J'ai fait, il y a deux années déjà, la statistique d'un petit hôpital qui jouit d'une assez mauvaise réputation, je veux parler de la Clinique. Ma

statistique porte sur onze années, de 1850 à 1860. Elle démontre que la mortalité du service d'accoucbements est beaucoup moindre que celle des grands hôpitaux, et surtout qu'on n'est disposé généralement à le croire.

A quoi donc attribuer ces résultats? Certes, ce n'est pas à la position en contre-bas de l'hôpital, situé dans une sorte de fond de cuvette; ce n'est pas à la disposition quadrangulaire des bâtiments renfermant un espace clos de toutes parts, disposition justement réprouvée tout à l'heure par M. Larrey. On m'accordera aussi que ce n'est pas au quartier, ni au voisinage immédiat des amphithéâtres de dissection, dont le mur est mitoyen.

La seule raison acceptable pour expliquer la faible mortalité des femmes en couche, c'est que l'hôpital est petit, à un seul étage, exposé à l'air des quatre côtés, au moins dans le service d'accouchement, et que les salles ne contiennent que trente-six lits suffisamment espacés.

J'ai trouvé pour la Clinique trois et demi pour cent de mortalité : c'est, il est vrai, une moyenne; mais on ne peut juger autrement pour une mortalité aussi variable que celle des femmes en couche.

A la Maternité, la moyenne prise par M. Trélat sur soixante années donne 5 0/3 pour cent, ce qui prouve que l'on a beaucoup exagéré aussi pour cet établissement. La Maternité est cependant admirablement située au milieu d'un terrain vaste et bien planté. C'est un de ces grands hôpitaux placés comme le demandait M. Larrey. Cependant ce grand hôpital est mauvais, par cela même qu'un grand hôpital, quelque bien situé qu'il soit, ne peut valoir un petit hôpital, placé même dans de moins bonnes conditions.

Je rappellerai encore, à l'appui de la comparaison que j'établis, que la Clinique reçoit beaucoup plus de cas graves que la Maternité. On réduirait singulièrement le chiffre de la mortalité, si l'on défalquait le nombre de femmes qui nous arrivent presque mortes, avec des lésions mortelles, ou bien surmenées par des tentatives infructueuses.

Lourcine n'est pas non plus un modèle d'hôpital, et cependant M. Verneuil vous a dit, dans le cours de cette discussion, que la mortalité des femmes en couche ne s'y élevait qu'à 1 sur 43.

M. GIRALDÈS. Je n'accepte pas pour le service de chirurgie ce que M. Blot vient de dire de la Clinique d'accouchement. En 1848, j'étais chargé de soigner les blessés de Paris dans cet hôpital; M. Dubois avait bien voulu mettre ses salles à ma disposition, deux amputés de jambe au-dessus de la malléole y furent placés et tous deux pris de pourriture d'hôpital.

M. GOSSELIN. Je ferai d'abord remarquer à M. Blot que je me suis abstenu, dans mon allocution de la dernière séance, de faire allusion aux hôpitaux d'accouchement. Je m'en suis abstenu à dessein, parce que je n'ai pas vu les choses d'assez près pour exprimer une opinion semblable à celle que m'a fournie l'étude des services de chirurgie et même de médecine.

En second lieu, les paroles mêmes de M. Blot viennent à l'appui de ce que j'ai dit sur l'extrême difficulté d'expliquer la mortalité comparative des divers hôpitaux. Notre collègue nous signale entre la Maternité et la Clinique deux différences hygiéniques : l'espace moindre donné à chaque malade, et la capacité plus grande de l'établissement pour la première que pour la seconde, et il explique la mortalité exclusivement par le chiffre de la population. Rien n'empêche de changer l'explication de M. Blot, et de dire : Si la Maternité est plus mauvaise, c'est parce que les femmes sont trop rapprochées les unes des autres, et non parce que l'hôpital est plus grand ; car il est évident pour moi qu'un petit hôpital avec des malades peu espacés serait plus mauvais qu'un grand avec des malades très-espacés.

Il est enfin possible qu'à côté des deux causes signalées il y en ait quelque autre qui ait échappé à M. Blot et qui pourrait expliquer les différences. Je n'ai pas assez fréquenté les deux services pour avoir une opinion à cet égard ; mais peut-être ceux qui les connaissent bien pourront-ils expliquer les chiffres différents de la mortalité autrement que ne l'a fait M. Blot.

M. DANYAU. Dans son parallèle entre la Clinique et la Maternité, M. Blot a oublié de rappeler que l'on fermait l'hôpital en temps d'épidémie aux Cliniques, et que cette mesure n'était jamais appliquée à la Maternité. Pendant vingt-cinq ans je ne l'ai pas vu fermer, et je le regrette. En effet, après la seule évacuation complète que je connaisse, la mortalité diminua sensiblement, pour ne reprendre que plus tard son niveau habituel.

M. LARREY. J'ai été chargé pendant trois ans du service chirurgical de la Clinique ; dans ce laps de temps, le service d'accouchement a été fermé deux fois. Le service chirurgical, au contraire, a toujours été permanent.

M. HOUEL. Je puis répondre à M. Giraldès en le renvoyant à la statistique du service de l'hôpital des Cliniques qui vient d'être publiée. Depuis trois ans j'y ai vu pratiquer, et j'y ai pratiqué moi-même plusieurs opérations graves ; les résultats ont été très-satisfaisants.

M. TRÉLAT. Je puis ajouter, à l'appui de l'assertion de M. Houel, qu'à une époque antérieure à celle dont il parle, j'ai constaté, chiffres en main, que les résultats heureux des opérations pratiquées à la Clinique sont dans une très-satisfaisante proportion.

— La séance est levée à six heures.

Pour le secrétaire, F. GUYON.

Séance du 30 *novembre* 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les journaux de la semaine :

Le *Bulletin de la Société de médecine de Poitiers ;*

Le *Bulletin médical du Nord de la France;*

Le *Journal de médecine de Bordeaux ;*

Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.*

— M. le docteur Delore, chirurgien-major désigné de la *Charente,* adresse à la Société une brochure intitulée *Du traitement des ankyloses.*

— M. Larrey fait hommage à la Société, au nom de M. le docteur Warlomont (de Bruxelles), d'une brochure ayant pour titre : *Quelques mots sur un nouveau cas de chromhydrose palpébrale.*

— M. Cazenave (de Bordeaux) adresse à la Société, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, une série de travaux pour l'examen desquels sont nommés commissaires MM. Giraldès, Guersant et Foucher.

— M. Foucher présente au nom de M. le docteur Monteil (de Mende) une série d'observations, avec la demande d'être inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant. (Commissaires : MM. Trélat, Boinet et Foucher.)

Hygiène hospitalière. — M. le docteur Jules Meugy (de Rethel) adresse à la Société de chirurgie une lettre intitulée *Un mot à propos du nouvel Hôtel-Dieu de Paris.*

L'auteur insiste tout d'abord sur l'utilité que pourrait avoir une enquête étendue à tous les hôpitaux des grandes et des petites villes de France. Il donne ensuite la description détaillée de l'hôpital de Re-

thel. C'est un simple rectangle, n'ayant qu'un rez-de-chaussée, un premier étage, des combles inoccupés. Il n'y a que deux salles de vingt-cinq lits chacune. La ventilation y est assurée par un grand carreau mobile placé à la partie supérieure de chaque fenêtre et un trou percé au niveau du sol, derrière chaque lit de malade. Les résultats opératoires obtenus dans cet hôpital sont des plus remarquables. De 1822 à 1860, M. Meugy-Lejeune n'a pas perdu un seul amputé sur vingt-cinq à trente opérés pendant cette période. Depuis 1860, l'auteur a pratiqué deux amputations de cuisse; trois de jambe, une de bras, les six malades ont guéri. A propos de l'Hôtel-Dieu de Paris, M. Meugy croit nécessaire de conserver dans la Cité un hôpital de 500 à 600 lits et développe cette opinion.

— M. LARREY désire, à propos du procès-verbal, donner quelques explications relativement à l'une de ses propositions. Ces propositions avaient été distinguées en générales et spéciales, celles-là se liant moins directement au sujet en discussion et n'ayant pas l'importance que l'on a bien voulu leur attribuer. Parmi elles figure le vœu de la création d'une commission consultative pour tout ce qui concerne l'hygiène hospitalière.

M. Larrey ignorait que cette commission existât déjà; l'ayant appris depuis, il tient à dire qu'il n'aurait plus à demander que de légères modifications dans son fonctionnement.

— M. LE FORT pense que de semblables commissions devraient être électives; à défaut de cette condition, leur fonctionnement court le risque de rester insuffisant.

DISCUSSION.

Hygiène hospitalière.

M. TRELAT prononce le discours suivant.

Messieurs,

Je comprends qu'en touchant le terme de cette discussion déjà longue, votre attention doive être un peu épuisée; aussi ferai-je tous mes efforts pour rendre aussi brèves et aussi concises que possible les observations que je désire vous présenter.

Nous avons exprimé, tous ceux au moins qui l'ont voulu, nos sentiments personnels sur les plus importantes questions de l'hygiène et de la salubrité hospitalières. Ces opinions, je voudrais, j'espère les voir réunir en faisceau et constituer le programme sur la matière, des membres de la Société de chirurgie. L'administration ne pourrait

plus alors arguer, comme elle l'a fait assez souvent, de notre silence, du désaccord de nos opinions ou des faits de notre pratique pour reculer devant les améliorations nécessaires, et pour décliner la part de responsabilité qui lui incombe.

Si nous avons énoncé nos opinions d'une manière convaincue, si nous avons combattu vivement des projets qui nous paraissent mauvais, c'est que nous apportons dans cette lutte la sécurité de la science et la certitude de bien faire.

La science d'ailleurs marche sans cesse, en fait d'hygiène comme dans ses autres branches ; il faut de temps à autre en constater les progrès. Depuis soixante-dix ans, des faits nouveaux, d'autres mal compris ou mal interprétés, nous commandaient de mettre les uns en lumière et de rétablir les autres en signalant les erreurs d'application. Aussi ne puis-je, avec M. Verneuil, partager les opinions émises à cet égard par MM. Voillemier et Marjolin. Je crois que les programmes du commencement du siècle doivent être grandement modifiés, et si de tous côtés l'accord paraît s'établir sur ces questions, c'est aux discussions scientifiques, à celle de l'Académie de médecine et à la nôtre, que cet heureux résultat sera dû.

Au reste, l'administration elle-même semblait depuis longtemps nous convier à cette discussion, car elle a publiquement posé, par l'organe de son directeur général (1), les questions que nous avons examinées. Depuis deux ans on n'y avait fait aucune réponse ; ce sera un honneur pour la Société de chirurgie d'avoir abordé la première la solution de ces graves et importants problèmes ; et dès que les inévitables vivacités de la parole se seront atténuées dans le silence, l'Administration elle-même trouvera, je n'en doute pas, dans notre discussion des éléments de certitude plus grande pour ses résolutions ultérieures.

Quant à l'Hôtel-Dieu, tout aura été dit à cet égard, et les opinions à peu près identiques de nos collègues prouvent surabondamment qu'un grand hôpital dans la Cité sera une œuvre mauvaise. Aussi pourrons-nous croire, si le projet actuel est conservé malgré nos remarques, que quelque cause mystérieuse domine la question et la soustrait à l'examen scientifique.

On a plusieurs fois parlé dans le cours de la discussion des conditions financières de l'Hôtel-Dieu et des ressources générales dont dispose l'administration de l'Assistance publique. Permettez-moi de tou-

---

(1) Husson, *Étude sur les hôpitaux*, page 271. — *Questions sur les hôpitaux à créer*.

cher pour n'y plus revenir ce sujet envisagé sous des points de vue divers par MM. Le Fort, Marjolin, Voillemier et Broca.

Cette question est bien de notre domaine; car il ne s'agit pas ici de gestion financière, mais seulement de dépenses, de frais de premier établissement, et, à ce titre, les conditions d'argent sont un des éléments du problème tout comme le choix du terrain, la disposition des bâtiments, etc. On bâtit un hôpital sur un terrain avec des matériaux, surtout avec de l'argent.

Cela est si vrai, que les administrateurs eux-mêmes le proclament. « Quand on cherche à apprécier le mérite d'un hôpital, dit M. Blondel, il n'est pas permis de négliger le côté financier de la question. En effet, les ressources étant toujours inférieures aux besoins, on ne saurait se permettre une dépense inutile sans avoir à se reprocher un mauvais emploi des fonds. »

Mais ce mauvais emploi sera-t-il moins fâcheux parce que ces fonds auront telle ou telle autre origine? A cet égard M. Blondel est très-explicite. Il suffit d'achever sa phrase pour s'en convaincre. « Que ces fonds, dit-il, proviennent de donations récentes ou anciennes, de subventions ou de taxes quelconques, on se rendrait également coupable d'une faute de lèse-humanité. »

Cette opinion de bon sens, c'est celle qu'a défendue ici M. Le Fort; elle me paraît être l'expression de la vérité. Aussi ai-je été surpris d'entendre notre collègue M. Broca énoncer ici que nous, chirurgiens, nous n'avons pas à connaître des inutiles prodigalités qu'on fera pour le futur Hôtel-Dieu, si le patrimoine hospitalier n'en souffre pas; que nous n'aurons, dans ces conditions, aucune réclamation à élever en faveur des intérêts hospitaliers, et même que ces millions inopportunément dépensés accroîtront, dans une certaine mesure, la fortune des pauvres. Comme si un placement improductif n'était pas d'autant plus onéreux qu'il est plus considérable!

Peut-on oublier que le malade pauvre est à la charge de la commune, que celle-ci doit, à moins d'incapacité absolue, pourvoir à sa guérison, soit par l'assistance à domicile, soit par l'assistance hospitalière? Ne sait-on pas, comme le faisait remarquer M. Voillemier, que la ville de Paris est loin de reculer devant cette obligation, puisqu'elle fournit aujourd'hui les treize vingtièmes des dépenses faites chaque année par l'Assistance publique?

Dès lors, quelle distinction réelle établir dans les frais d'une construction hospitalière, entre l'allocation municipale et l'apport de l'administration charitable? N'ont-ils point la même destination, seul point de vue qui mérite de nous occuper, puisque c'est l'objet de notre discussion?

Sans doute nous ne sommes pas un conseil de tutelle et nous n'avons pas pour mission de veiller à la conservation de la fortune des hôpitaux, mais nous, médecins, nous qui devons obéir aux règles d'une philanthropie éclairée, nous voulons que toute dépense affectée à des installations hospitalières produise la plus grande somme possible des conditions hygiéniques qui favorisent la guérison des malades; car, ainsi que M. Legouest l'a montré dans un aperçu plein d'élévation, il se trouve en définitive que ce qui économise la vie des hommes est en même temps une économie d'argent.

Vous allez voir d'ailleurs si une sage économie serait utile en présence de besoins non moins urgents que ceux de l'Hôtel-Dieu.

Pendant qu'on va bétonner son emplacement avec des millions, il y a dans les autres hôpitaux de Paris un assez bon nombre de salles où les malades n'ont pas leur ration d'air. Je ne parle pas ici de ce luxe d'espace quo nous réclamons tous, mais uniquement du cube d'air nécessaire pour la respiration. Pendant la discussion de l'Académie de médecine, l'administration fit établir, pour chaque salle, la quantité de mètres cubes d'air qui revenait à chaque malade. Savez-vous ce qui résulta de cette enquête? C'est que pour donner à chaque malade restant la quantité réglementaire, indispensable, de cinquante mètres cubes, il faudrait supprimer cinq à six cents lits, rien que dans les hôpitaux généraux!

Ainsi, Messieurs, le jour où l'administration, voulant sérieusement effectuer la réforme hygiénique de ses établissements, mettra à exécution l'une des mesures les plus incontestées de la salubrité, ce jour-là, et souhaitons que ce jour soit proche, elle aura cinq à six cents lits d'hôpital à reconstruire, un ou deux hôpitaux, sans compter l'Hôtel-Dieu, et sans que cela augmente d'un seul le nombre de ses lits. C'est quelque chose, et cela vaut la peine qu'on y songe d'avance.

Pendant qu'on va dépenser vingt-cinq millions pour l'Hôtel-Dieu, il y a à Paris un hôpital où la mort frappe à coups redoublés, et où ses coups se feront sentir tant que la conscience publique n'aura pas été réveillée par ce cauchemar, tant qu'on n'aura pas pris le parti de procéder à une *reconstruction complète,* de faire comme au Val-de-Grâce, d'abandonner le couvent malsain pour ériger l'hôpital salubre.

Les faits ont une éloquence supérieure aux formes les plus émouvantes du langage. Laissez-moi vous citer des faits et des chiffres.

Au dernier siècle, on perdait à l'Hôtel-Dieu 1 accouchée sur 15 2/3 ou 6,39 %, chose incroyable, disait Tenon, qui nous a transmis ce renseignement. Voici l'intensité des décès à la Maternité pour les six dernières années, 1859 à 1864 (neuf mois) :—8,22 % — 11,62 — 11,73

— 7,49 — 13,70, et comme pour couronner cette œuvre de destruction et rendre l'urgence plus incontestable, 18,43 %. Ce sont là, dira-t-on, des mortalités exceptionnelles. Sans doute; mais savez-vous combien d'individus ont été victimes de ce surcroît de léthalité, ou, pour plus de précision, quelle est la différence entre le nombre des morts de ces années et ce qu'il aurait dû être avec une mortalité moyenne de 5,03 %? Cette différence est de 744. Ce sont donc 744 accouchées qui ont payé de leur vie le tribut à l'insalubrité et aux épidémies hospitalières.

Et ce n'est pas d'aujourd'hui que cette lamentable situation existe. Rappelez-vous les plaintes qui ont retenti à l'Académie de médecine et ailleurs, et vous vous demanderez s'il n'est pas grand temps que l'on fasse cesser un état de choses qui est un scandale (j'ai pesé le mot et je le crois juste) pour ce siècle de lumière et de progrès!

Je ne veux pas insister sur l'insuffisance reconnue des hospices, sur l'insuffisance des hôpitaux d'enfants signalée par M. Marjolin, sur les nombreuses améliorations que réclament encore la Pitié, Saint-Antoine, la Charité, etc., c'est inutile. J'ai fait assez saigner la plaie pour que vous soyez contraints de reconnaître que le temps des dépenses superflues n'est pas venu, et qu'en face de semblables exigences ce serait se rendre coupable que de détourner un centime du but rigoureux que poursuivent l'assistance du pauvre et le traitement des malades.

Il faut espérer que nos plaintes seront entendues, et qu'on cessera de répondre par des fins de non-recevoir à des demandes si bien fondées. S'il était démontré, dit un document administratif, que l'état actuel entraîne des conséquences graves pour les malades, l'administration sur ses ressources, la ville de Paris par ses subventions, la charité publique au besoin, n'hésiteraient pas, cela n'est point douteux, à faire tous les sacrifices possibles pour porter remède au mal.

La démonstration est-elle faite? Je le crois, Messieurs, et bien difficile serait celui qui ne se contenterait pas de preuves aussi pressantes.

Je reviens maintenant, Messieurs, aux questions qui se rattachent plus étroitement à l'hygiène hospitalière, et ici ma tâche s'abrége de toutes les considérations générales qu'a fait valoir M. Larrey dans l'important discours qui a rempli notre dernière séance.

S'il est une nécessité reconnue par tout le monde, au sein de la Société et ailleurs, c'est que le terrain d'un hôpital doit être spacieux; mais cet énoncé général risque fort d'être mal interprété. Il faut dire quel espace on veut allouer à 100, 10 ou 1 malade. C'est ainsi que

j'ai cherché à le faire, c'est ce qu'ont fait aussi le conseil de salubrité de la Gironde et la commission sanitaire anglaise pour les hôpitaux militaires. Cette commission est encore plus large que nous ne l'avons été, puisqu'elle fixe pour les hôpitaux urbains un chiffre de 60 à 80 mètres carrés par malade.

Cette première donnée est insuffisante. A espace égal, une agglomération nombreuse est plus insalubre qu'une autre moins considérable. Rappelez-vous les hôpitaux de la guerre d'Orient, dont M. Michel Lévy a tracé l'histoire; rappelez-vous encore ce que disait M. Larrey de l'extrême dissémination des malades pendant la guerre d'Italie et des heureux effets de cette dissémination, et vous adopterez l'opinion justement défendue par M. Lefort, opinion que partage M. Broca, et que je crois également vraie, à savoir, que l'espace alloué à une réunion de malades doit être d'autant plus considérable que cette réunion est elle-même plus nombreuse, c'est-à-dire que cet espace doit croître progressivement avec le nombre des malades, de sorte que si 5,000 mètres suffisent à 100 malades, il en faudra plus de 10,000 pour 200, et ainsi de suite. Quelle est la mesure, *la raison* de cette progression ? Il est difficile de le préciser avec les renseignements que nous possédons aujourd'hui ; mais il n'en reste pas moins que l'augmentation progressive de l'espace est une mesure prudente et nécessaire pour combattre les effets de l'agglomération.

Tous, Messieurs, nous avons été d'accord pour reconnaître l'heureuse influence que la bonne atmosphère des champs exerce sur la salubrité des édifices, pour reconnaître en conséquence que les hôpitaux situés à la campagne présentaient par cela même de meilleures conditions hygiéniques. Je n'insiste pas sur ce point, qui me paraît acquis malgré l'opposition de notre collègue M. Gosselin. Qu'il me suffise de vous rappeler, après M. Verneuil, ce que plusieurs d'entre vous disaient lors de notre discussion sur les résections articulaires. On répétait que M. Verneuil avait opéré à la campagne ou dans de petites localités, que, dans ces conditions, les opérations les plus graves réussissent, qu'il ne faudrait pas conclure de là à la pratique hospitalière. N'était-ce pas reconnaître d'avance la supériorité des hôpitaux situés à la campagne ?

L'exiguïté d'un hôpital paraît non moins avantageuse à sa salubrité. Ai-je besoin de vous rappeler l'opinion à peu près unanime des orateurs qui m'ont précédé, celle que MM. Larrey et Blot énonçaient dans notre dernière séance, celle que M. Michel Lévy défendait, il y a deux ans, à l'Académie de médecine? M. Gosselin a contesté que les petits hôpitaux donnassent de meilleurs résultats que les grands. Il a cherché à expliquer les statistiques si probantes de M. Le Fort

par la vigueur des malades, par leur rareté, etc. Mais il suffit de jeter les yeux sur ces statistiques, de voir l'énorme différence qui existe entre les résultats des grands et des petits hôpitaux, de constater que ces résultats suivent une marche régulière et parallèle pour les amputations de jambe et de cuisse, pour rester convaincu qu'il y a là une cause permanente et continue, une influence de milieu, c'est-à-dire une influence de petit nombre.

M. Gosselin a dit encore que nous avions à Paris de petits hôpitaux et que leurs résultats n'étaient pas supérieurs à ceux des grands. Cela est vrai pour Cochin, mais il ne faut pas oublier que Cochin, bâti pour recevoir 38 malades, en contient aujourd'hui 119; qu'il doit en conséquence être considéré comme un hôpital encombré, et que nous faisons tous nos efforts pour proscrire l'encombrement dans les petits hôpitaux comme dans les grands. Quant à la Clinique, vous avez entendu M. Blot vous en parler dans la dernière séance, au point de vue des accouchements. Il est possible que M. Giraldès y ait perdu quelques malades en 1848, car l'hôpital n'est pas irréprochable; mais je puis affirmer, en me fondant sur le relevé de M. Chedevergue, récemment publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, et sur un relevé des grandes opérations faites de 1855 à 1862, que la proportion des guérisons est très-supérieure à ce qu'elle est dans les autres hôpitaux, notamment pour les amputations de jambe, de pied, les résections et les hernies. Faut-il vous rappeler encore le fait si probant qu'a exposé M. Boinet? De 1825 à 1840, les hôpitaux Necker, Saint-Antoine, Beaujon, fournissaient des guérisons beaucoup plus nombreuses que l'Hôtel-Dieu pour les grandes opérations. C'est qu'alors ils étaient petits; en grandissant ils sont devenus mauvais, et maintenant, malgré toutes les améliorations du service, ils sont à peine égaux, ils sont même inférieurs à l'Hôtel-Dieu. Comme vous le voyez, grand nombre et salubrité sont deux éléments qui semblent se fuir. L'un disparaît quand vient l'autre.

On a dit que ces petits hôpitaux, ou, mieux, que ces hôpitaux restreints seraient coûteux. J'ai répondu par avance à cette objection, qui peut paraître vraie théoriquement, mais que les faits ne confirment pas.

M. Voillemier nous a dit ensuite qu'avec de petits hôpitaux on s'exposerait à laisser manquer de soins un grand nombre d'individus, et à compenser ainsi la diminution de mortalité intérieure par un surcroît de mortalité au dehors.

Nous ne demandons pas qu'on restreigne le nombre actuel des lits d'hôpitaux; mais la solution de la difficulté signalée par M. Voillemier doit être prise de plus haut, et si l'on veut faire de la salubrité

sans nuire en rien à l'assistance, il faut, ainsi que l'a dit M. Lefort, séparer ces deux éléments, débarrasser l'hôpital de tous les parasitos qui l'encombrent inutilement, dangereusement, et secourir d'une autre façon les individus qui ne recherchent que la nourriture et un asile.

Je crois que nous ferions bien d'insister sur la nécessité de donner un grand espace superficiel à toutes les parties de l'édifice. Cette nécessité a été signalée par MM. Le Fort, Giraldès, Verneuil; M. Larrey nous disait que la hauteur des églises ne compensait nullement l'insuffisance de l'espace transversal, ainsi que l'a prouvé l'expérience faite pendant la guerre d'Italie. Il est d'autant plus nécessaire d'énoncer clairement ce principe qu'il entraîne l'écart des lits, l'écart des bâtiments, la superposition d'un petit nombre d'étages, et que, s'il est en général observé pour certaines parties des édifices hospitaliers, on le voit très-souvent négligé dans d'autres, de sorte que l'ensemble des conditions d'espacement n'est pas réalisé et qu'on n'obtient pas les résultats cherchés.

L'Administration hospitalière semble avoir actuellement des idées arrêtées sur les avantages et le mode de la ventilation artificielle. Elle espère pallier ainsi quelques inconvénients, et trouve d'ailleurs une certaine économie à combiner le chauffage des salles avec leur ventilation.

Cependant, quels que soient les avantages théoriques de ce mode d'aération, je défie qu'on cite aujourd'hui un seul résultat de salubrité qui puisse lui être attribué. C'est qu'en effet, Messieurs, c'est un système trompeur. A la moindre négligence du personnel spécial qui lui est nécessaire, il ne fonctionne plus. Souvent même c'est volontairement qu'on en arrête la marche, ainsi que je m'en suis assuré plusieurs fois pendant que je faisais le service, en été, à l'hôpital Beaujon. Il nécessite des installations coûteuses et s'allie mal avec le chauffage à feu nu, dans des cheminées, si nécessaire à l'intérieur des salles. L'ouverture des fenêtres et des portes en trouble la marche en établissant des courants directs et des remous immobiles. Enfin, et par-dessus tout, il est inconstant et place par moments les malades dans des conditions d'autant plus mauvaises qu'elles sont plus imprévues ou plus ignorées.

Aussi nos voisins les Anglais, gens pratiques, ont-ils universellement renoncé à ces systèmes pour les hôpitaux civils et militaires; aussi avez-vous entendu MM. Giraldès, Le Fort, Larrey se prononcer contre eux en faveur des procédés de l'aération naturelle, qui est facile, constante, économique, et qui ne réclame pour condition essentielle que la pureté de l'air extérieur.

Il y a quelques années, mon frère, M. E. Trélat, professeur au Conservatoire impérial des arts et métiers, après des expériences comparatives sur les deux systèmes de ventilation employés à l'hôpital Lariboisière, avait conclu, au point de vue physique, en faveur du système par propulsion. Eclairé depuis par de nombreuses visites d'établissements ventilés artificiellement ou naturellement, tant en France qu'en Angleterre, il a modifié son opinion première, et pense, ainsi qu'il l'a écrit dans un rapport fait au jury de la dernière Exposition universelle, que si la ventilation artificielle est utile pour les nombreuses réunions qui s'entassent accidentellement dans un local insuffisant et ont besoin qu'on renouvelle activement l'air respirable, les procédés simples de l'aération naturelle conviennent de préférence aux individus qui vivent d'une manière permanente dans un même lieu; que ces procédés doivent être appliqués aux habitations, aux hôpitaux, qui sont aussi des habitations.

Je pourrais aller chercher des preuves en faveur de ces opinions qui sont adoptées par le plus grand nombre des médecins, jusque chez les partisans les plus convaincus de la ventilation artificielle.

Voici une phrase que j'emprunte au livre bien connu du général Morin : « La purification des salles par la circulation de l'air extérieur (aération naturelle) est tellement salutaire et même, pour des malades, elle offre un si grand agrément, que, tout en attachant une grande importance à l'établissement d'une bonne ventilation artificielle, il faut bien se garder de se priver de ce moyen si simple. La vue du soleil, l'aspiration de l'air extérieur sont pour des malades des jouissances qui peuvent influer plus qu'on ne croit sur leur rétablissement. »

Vous le voyez, ce n'est pas seulement parmi nous, qu'on pourrait à la rigueur taxer d'incompétence sur le côté matériel de la question, c'est par des hommes spéciaux, par les commissions anglaises, c'est même par le général Morin que les avantages de l'aération naturelle sont reconnus. Ce concert d'opinions a une importance qui ne vous échappera pas.

S'il fallait établir l'utilité des discussions scientifiques, je n'en voudrais pas de meilleure preuve que l'état actuel des opinions sur la meilleure disposition à donner aux bâtiments d'un hôpital. Les pavillons isolés comme à Lariboisière étaient considérés naguère comme le meilleur type, le *nec plus ultra* de l'architecture hospitalière. Or, ce type n'a pas trouvé parmi nous un seul défenseur. Tous, au contraire, pénétrés du besoin d'une large ventilation pour les cours, nous arrivons à préconiser des bâtiments simples, développés en une seule ligne ou en lignes parallèles très-écartées. C'est dans ce sens que se

sont prononcés MM. Giraldès, Le Fort, Broca, Gosselin, et, dans la dernière séance, notre honorable collègue M. Larrey nous a apporté l'appui de son opinion. Ajouterai-je que cette idée est tellement rationnelle, tellement vraie sous tous les rapports, qu'un homme intelligent, M. Imard, directeur de l'Hôtel-Dieu actuel, qui s'est occupé, à son point de vue et avant notre discussion, de la meilleure forme d'un hôpital, M. Imard a pris cette idée pour base de son plan, dont je ne veux indiquer ici ni les défauts ni les avantages, en me bornant à dire que les derniers dominent de beaucoup.

Au reste, Messieurs, cette disposition, c'est à peu de chose près celle de l'hôpital militaire de Vincennes; c'est celle de l'hôpital de Malte, auquel on s'accorde à donner de justes éloges. La question me paraît jugée, et je n'insiste pas.

La tendance générale à l'étranger et même en France, quoique nous soyons un peu récalcitrants, est de diminuer l'étendue des salles ou mieux le nombre de lits qu'elles renferment. C'est qu'en effet les salles peu nombreuses offrent d'incontestables avantages. Le malade est sous l'œil de la religieuse ou de la surveillante, ses moindres besoins sont facilement aperçus. Quinze ou vingt malades se gênent moins les uns les autres que trente ou quarante; dans ce dernier cas, si des cris, des plaintes partent d'un lit, ce sont vingt-neuf ou trente-neuf malades troublés; dans le premier il y en a un moins grand nombre. Cette observation s'applique également aux chances de contagion directe.

Je crois que M. Larrey a été trop loin en proposant de fixer le nombre des lits à vingt ou trente. Trente lits divisés en deux rangs, à 3 mètres par lit, cela fait 45 mètres; c'est trop long. Le parcours du lit extrême à l'office et le retour à ce lit sera de 90 mètres, ce n'est une bonne condition ni de soins ni de propreté.

Nous pouvons, du reste, juger la valeur de cette capacité par les salles de Lariboisière. Elles sont grandes sans doute, donnent à chaque lit un beau cube d'air, mais que de bruit, de mouvement, de causes de trouble de toute sorte! Le repos et le calme y sont bien difficiles. « Les salles d'un hôpital, écrit le général Morin, ne devraient contenir chacune qu'un nombre restreint de malades, douze à dix-huit lits. Dans les constructions anciennes ou récentes, on a beaucoup trop sacrifié les conditions hygiéniques à la facilité du service et de la surveillance, et les grandes salles des nouveaux hôpitaux, malgré leur belle apparence et l'espèce de luxe avec lequel elles sont établies, ne sont pas des modèles à imiter. »

J'aime à citer ce témoignage parce que le général Morin n'est pas

médecin, c'est simplement un savant qu'on ne peut accuser de partager nos préjugés, si tant est que nous en ayons.

Je pense donc, et je crois en cela être l'interprète de l'opinion la plus générale, qu'il ne faudrait pas dépasser le chiffre de vingt lits pour les services ordinaires.

Mais ces salles ne seront elles-mêmes dans des conditions irréprochables que si tout malade gênant, bruyant, atteint d'une affection infectieuse ou contagieuse, peut en être enlevé, placé à l'écart, et d'autant mieux isolé que sa proximité est plus dangereuse. Aussi, sans entrer ici dans cet important sujet, me bornerai-je à énoncer que l'isolement ne saurait être le même pour un malade délirant et pour un varioleux, pour un opéré de la cataracte qui a besoin d'ombre et pour une victime de la pourriture d'hôpital. Aux uns, la petite chambre voisine de la salle suffit; mais, pour les autres, le bâtiment séparé est indispensable.

Si vous croyez que la circulation facile de l'air est utile à l'intérieur des salles, vous serez conduits à faire supprimer les rideaux des lits. Quant à moi, je n'hésite pas à formuler cette opinion de la manière la plus catégorique, et je suis certain d'avoir l'assentiment de beaucoup de chirurgiens. Les rideaux des lits sont des réceptacles, des cribles où s'accumulent toutes les poussières impures; ce sont des écrans qui gênent les mouvements de l'air, c'est leur but principal; ce sont des obstacles absolus à une surveillance bien entendue : ils servent à cacher ce qu'on ne sait pas empêcher. On dit, pour leur défense, qu'ils permettent de soustraire les malades aux courants d'air trop violents; que, grâce à eux, ces malades peuvent s'isoler pendant le sommeil, les soins de toilette, etc.; qu'ils sont un moyen de ménager la pudeur de tous pendant les pansements.

Mais dans des salles régulièrement aérées, on n'a pas à craindre les courants d'air; dans une salle petite et tranquille, le sommeil est possible et facile sans rideaux; enfin, si la pudeur doit être ménagée, rien n'est plus facile que d'atteindre ce but avec un paravent mobile, paravent qui intervient utilement dans toutes les circonstances où on veut soustraire un malade à la vue de ses voisins.

Sans nier que les rideaux puissent avoir quelques légers avantages, et cela est, puisqu'ils ont encore des défenseurs convaincus, il s'agit de choisir entre ces avantages que l'on peut obtenir par d'autres moyens, et les inconvénients majeurs que nous avons signalés. D'un côté, des avantages infiniment discutables, de l'autre, d'évidentes conditions de salubrité; entre les deux, notre choix ne saurait être douteux. Pour ma part, chaque fois que je l'ai pu, j'ai fait opérer cette suppression, et je m'en suis bien trouvé. Si elle était

générale, tout le monde y gagnerait : l'administration en économie, les malades en santé, les chirurgiens en succès.

Il y a encore un point que je ne puis passer sous silence, tant il a de valeur; je veux parler de l'évacuation quotidienne ou prolongée des salles. Rappelez-vous ce que vous disait M. Verneuil de la salubrité de Lourcine, où les salles sont désertées pendant le jour. M. Follin pourrait nous dire que cette salubrité est la même à l'hôpital du Midi, qui est dans les mêmes conditions. Il y a là une indication qu'il ne faut pas perdre de vue, et qu'on peut réaliser facilement en fournissant aux malades qui se lèvent un séjour pour le repos, le travail et les repas. Mais il y a plus, MM. Giraldès, Legouest et Larrey nous ont suffisamment édifiés sur les excellents résultats de l'évacuation prolongée des salles dans les hôpitaux militaires et les hôpitaux étrangers, pour que nous soyons fondés à réclamer l'adoption générale de cette mesure.

A côté de ces faits importants qui ressortent de la discussion et qui représentent le contingent que nous apportons à la science de l'hygiène hospitalière, nous ne devons pas oublier notre but initial et immédiat.

Rarement on a vu dans une Société savante les opinions s'accumuler avec une pareille concordance. Un blâme plus ou moins radical contre les projets administratifs a été formulé par tous les orateurs qui ont pris part à cette discussion. C'est au point que vous avez entendu notre collègue M. Voillemier demander la clôture du débat parce que nous étions tous d'accord, et cette clôture eût sans doute été prononcée plus tôt si quelques faits secondaires ne fussent venus ranimer l'attention.

Cette longue discussion, ces critiques si nombreuses auraient-elles été nécessaires si, comme cela était autrefois prescrit, comme M. Michel Lévy le demandait, il y a deux ans, à l'Académie de médecine, comme M. Larrey en exprimait le vœu dans la dernière séance, si l'administration, comprenant mieux son rôle élevé et tutélaire, savait associer à toutes ses délibérations au sujet de l'hygiène, le corps médical, qui serait heureux de lui prodiguer et ses lumières et un appui moral incontestable; si, au lieu de proposer au dernier moment un plan définitif à l'examen d'une commission rarement consultée, elle constituait auprès d'elle un comité d'hygiène permanent dont elle réclamerait l'avis avant de prendre aucune résolution sur ces matières?

Tout cela, Messieurs, tous ces faits généraux et spéciaux, nous les avons résumés sous une forme brève et aussi claire que possible, et nous les présentons à votre approbation. Elaborées isolément par plu-

sieurs de nos collègues, nous avons soumis ces conclusions à une laborieuse révision; et c'est après ce travail, accompli entre MM. Giraldès, Legouest, Verneuil, Le Fort et moi, que nous venons vous les soumettre.

— En terminant son discours, M. Trélat donne lecture des conclusions qu'il présente avec MM. Giraldès, Legouest, Verneuil et Le Fort.

— La Société, consultée, décide à l'unanimité qu'elle votera des conclusions sur la discussion pendante.

M. LARREY préférerait que la Société votât des propositions, cela lui semblerait plus convenable que des conclusions; cette réserve serait de nature à disposer plus favorablement l'administration.

M. TRELAT fait remarquer que ces conclusions n'ont aucun caractère exécutoire; qu'elles sont le résultat de la discussion, l'expression des *desiderata* scientifiques les mieux fondés; que d'ailleurs la Société de chirurgie, Société savante, n'a le pouvoir de rien imposer à aucune administration. Elle ne peut émettre que des opinions.

— La Société vote sur les différents articles qui lui sont proposés.

M. GUERIN présente quelques observations sur l'article III. Il voit plusieurs inconvénients à un petit hôpital dans la Cité; on y accumulera les cas graves, ce qui est une condition fâcheuse; on ne pourra pas suffire aux demandes d'admission. Ce qui se passe tous les jours aux consultations des grands hôpitaux le prouve surabondamment.

M. TRÉLAT observe qu'il n'est ici question d'aucun hôpital en particulier; qu'il s'agit seulement de fixer en principe quelle devrait être la capacité d'un hôpital quelconque.

M. DEPAUL voudrait plus de précision dans la rédaction de l'article V, dans lequel il est question du nombre des étages. Il est d'avis que l'on doit limiter à deux seulement les couches de malades superposées. MM. Larrey, Boinet, Blot, partagent cette opinion.

M. LE FORT reconnaît que de semblables conditions sont théoriquement très-désirables; mais il affirme qu'elles ne sont pas réalisables pratiquement. On ne peut, pour rester dans les limites du possible en fait de constructions, superposer moins de trois couches de malades. M. Le Fort ajoute qu'il a vu ce principe adopté dans tous les hôpitaux nouvellement construits en Europe, et qu'il n'y a pas trouvé d'inconvénients.

— M. Trélat est invité à modifier la rédaction de l'article V.

— La Société adopte les quatre premiers articles, et vu l'heure avancée, renvoie le vote sur les autres à la prochaine séance.

— La séance est levée à six heures moins un quart.

Pour le secrétaire, F. Guyon.

Séance du 7 décembre 1864.

Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Les *Archives générales de médecine.* — Le *Bulletin général de thérapeutique.* — Les *Comptes rendus et mémoires de la Société de biologie.* — La *Gazette médicale de Strasbourg.*

— M. Larrey fait hommage à la Société du discours prononcé par M. Cazalas, médecin inspecteur, à l'inauguration de la statue du baron Larrey, le 15 août 1864, à Tarbes.

— M. A. Schœdelin fait hommage à la Société de deux exemplaires d'un mémoire intitulé : *Mémoire sur les pastilles de phosphate de fer.*

— M. Giraldès fait hommage à la Société, au nom de M. le docteur Prescott Hewett, président de la Société pathologique de Londres, du XVe volume des *Transactions* de cette Société.

Entre autres faits curieux, M. Giraldès signale un cas de tumeur pileuse de la conjonctive, et un cas d'affection parasitaire du membre inférieur observée dans l'Inde. Cette curieuse affection, due à la présence d'un parasite végétal, a reçu le nom de *mycetoma.* M. Carter en a déjà donné la description dans les *Transactions médicales de Bombay.*

— M. Delore (de Lyon) adresse à la Société une observation intitulée : *Renversement du pied consécutif à un allongement du tibia; résection de cet os à sa partie moyenne; redressement du pied.* (Commissaires : MM. Huguier, Béraud, Verneuil.)

ÉLECTION.

La Société vote sur la demande de M. Jarjavay, qui désire devenir membre honoraire.

Sur 26 votants : 20 oui, 2 non, 4 bulletins blancs.

M. Jarjavay est nommé membre honoraire.

DISCUSSION.

Hygiène hospitalière.

M. TRÉLAT a la parole pour présenter la fin des conclusions.

L'article V est adopté après modification.

Les articles VII, X, XI, XII, sont adoptés sans discussion.

Les articles VI, VIII, IX, adoptés après discussion.

L'article IX est rejeté après discussion et remplacé par un amendement proposé par M. Broca.

Discussion sur l'article VI, relatif à la ventilation. — M. LARREY pense que cet article est trop absolu. Il croit, lui aussi, que rien ne peut remplacer la ventilation naturelle; mais dans certaines circonstances exceptionnelles, des ventilateurs pourraient être utilisés. Il ne faudrait pas laisser place à des objections fondées en négligeant de prévoir l'utilité éventuelle de ces appareils.

MM. TRELAT et GIRALDÈS font remarquer qu'ils n'ont d'autre but dans leurs conclusions que d'établir des principes généraux applicables aux hôpitaux à construire, et non d'indiquer ce qu'il convient de faire pour améliorer les conditions des anciens hôpitaux.

Discussion sur l'article VIII, relatif à l'espacement des lits. — M. GUÉRIN propose et développe l'amendement suivant :

« Prenant en considération que l'infection purulente, l'accident le plus terrible et le plus fréquent des opérations, est une maladie infectieuse, c'est-à-dire transmissible d'un malade à un autre par l'intermédiaire de l'air, nous demandons que des chambres soient disposées pour isoler les individus qui subissent de grandes opérations. »

Je crois, dit M. Guérin, les termes de l'article trop généraux. Il ne faut pas oublier que ce ne sont pas des médecins qui l'interpréteront, mais des personnes étrangères à l'art de guérir, qui ne savent pas ce que c'est que l'érysipèle et l'infection purulente. Nous devons nous occuper de tous les hôpitaux en même temps que do l'Hôtel-Dieu futur, et je voudrais que nous eussions tous à notre disposition des chambres d'isolement pour les malades infectés et pour les grands opérés. Je me demandais autrefois ce qui pouvait transmettre l'infection purulente, mais aujourd'hui chacun sait que l'on trouve des globules de pus dans l'air des salles, le long des poutres et des murailles. J'ai fait analyser il y a quelque temps la poussière prise sur les poutres de mes salles. Elles sont nettoyées tous les trois mois, et cependant les poussières qui les recouvrent contenaient une grande proportion de matières animales, que M. Lutz, pharmacien de l'hôpital,

chargé de l'analyse, n'a pas rencontrées dans la poussière de sa chambre à coucher. Pour toutes ces raisons et d'autres déjà indiquées, je demande des chambres d'isolement pour les malades auxquels elles seront jugées nécessaires.

M. LARREY croit qu'il suffit de s'en tenir aux termes généraux proposés.

M. LE FORT appuie la motion de M. Guérin.

M. GIRALDÈS croit devoir la combattre. L'idée de M. Guérin, dit-il, n'est juste que théoriquement, elle peut, dans l'application, présenter de grands inconvénients. Il est bien prouvé, en effet, que les chambres séparées sont négligées; que les malades y sont moins bien soignés, peu surveillés. Dans les hôpitaux d'enfants, en particulier, cela serait d'une application presque impossible.

Je suis convaincu que la moitié des enfants trachéotomisés meurent empoisonnés par l'air non renouvelé des salles, et ce fâcheux résultat serait encore bien mieux atteint dans de petites chambres séparées.

Dans les hôpitaux d'adultes où elles existent, les chambres particulières n'ont rendu que de médiocres services. J'ai taillé un malade à l'hôpital Necker, je l'ai mis dans une chambre, il y est mort d'infection purulente. Je crois donc que des salles bien aménagées seraient, pour presque tous nos malades, préférables à des chambres particulières, et qu'il suffirait de demander un espacement exceptionnel pour les opérés et les femmes en couches.

M. MARJOLIN. Nul doute que si ces chambres destinées aux malades dont l'état réclame l'isolement comme une mesure de prudence, sont trop peu spacieuses ou trop éloignées de la surveillance, il ne puisse en résulter de graves inconvénients. Mais à côté de ces *desiderata* que nous reconnaissons et que l'on pourrait facilement faire disparaître, il y a d'autres conséquences bien autrement fâcheuses résultant de la présence dans les salles communes de malades atteints d'affections contagieuses ou de délire furieux. N'est-il pas triste, par exemple, dans un hôpital comme Sainte-Eugénie, d'en être réduit à se servir du cabinet de la sœur surveillante pour isoler un enfant hydrophobe, ou d'être contraint de reléguer pendant près de deux semaines dans la salle d'opérations une pauvre fille dont plus de la moitié de la face était détruite par une vaste ulcération gangréneuse? A ces faits, j'ajouterai que chaque année je vois dans mon service se développer des épidémies de fièvres éruptives d'autant plus funestes qu'elles viennent compliquer l'état de malades affaiblis par de longues suppurations, et naguère encore j'ai vu dans la même salle

trois enfants, dont un amputé de cuisse, atteints en même temps du croup.

Je crois donc que, sans vouloir exiger l'impossible, nous devons dans cette discussion, qui a pour but d'introduire dans les hôpitaux toutes les améliorations désirables, émettre le vœu qu'à l'avenir chaque service soit pourvu d'un certain nombre de salles d'isolement; et bien certainement cette sage mesure, réclamée depuis nombre d'années, amènerait, si elle était adoptée, une notable diminution dans la mortalité de nos grands blessés.

M. TRÉLAT. L'amendement proposé a ceci de défectueux, qu'il semble considérer l'isolement comme un remède d'une efficacité presque certaine contre les maladies des opérés. Sans nier les incontestables avantages de l'isolement pour certains malades, nous croyons qu'il importe beaucoup plus de créer des conditions générales de salubrité que de séquestrer dans des conditions douteuses les individus frappés de maladies infectieuses. D'ailleurs, les termes de l'article indiquent la nécessité de dispositions spéciales pour les malades infectés ou pouvant l'être.

M. GUÉRIN. Un seul argument pourrait rendre mon amendement inutile. Ce serait la preuve du caractère non infectieux de l'infection purulente et de l'érysipèle. Je reconnaîtrais alors quo l'on peut préserver les malades en aérant les salles. Mais à défaut de la preuve que je réclame, je persiste à croire à l'utilité des chambres d'isolement; ma conviction est telle, que je me déclarerais prêt à en construire de mes propres deniers, si l'on m'y autorisait.

M. VERNEUIL. Je trouve très-légitime que chacun de nous désire de bonnes salles et de bonnes chambres isolées, mais il est inutile de spécifier leur usage. Nous serons seuls appelés à juger à quels malades elles doivent servir. Si M. Guérin nous démontre que l'infection purulente ou l'érysipèle sont infectieux, nous y renfermerons les malades atteints de ces terribles affections, ou bien nous les utiliserons pour nos opérés; mais nous n'avons pas, je le répète, à préjuger de leur emploi : c'est là une question de pratique chirurgicale.

M. VELPEAU. Il y a dans la proposition de M. Guérin deux choses bien distinctes, dont l'une est d'ordre purement scientifique. Or l'opinion scientifique défendue par M. Guérin, à savoir, que l'infection purulente est une maladie contagieuse, est loin d'être admise par tous, au moins d'une façon absolue; aussi ne voudrais-je pas que la Société acceptât comme démontré un fait qui ne l'est pas.

M. GUERIN. Je crois que je me mettrai d'accord avec tous mes

collègues, si je me contente de demander des chambres d'isolement sans en indiquer l'emploi.

— La Société, consultée, adopte l'article modifié dans ce sens.

Discussion sur l'article IX, relatif aux rideaux. — M. DEPAUL. Je suis opposé à la suppression absolue des rideaux. Tels qu'ils sont installés dans nos salles, ils ne font pas obstacle à l'aération si l'on a soin d'exiger qu'ils soient toujours ouverts, en dehors des cas où le malade a besoin de se cacher aux regards, ou de se garantir des courants d'air. Ces cas justifient pleinement leur emploi, surtout dans les salles de femmes. Ne sont-ils pas indispensables pour permettre les soins de toilette, les injections, etc., pour cacher le spectacle de l'agonie ou de la mort? Vous préconisez l'ouverture des fenêtres, j'ai l'habitude de les faire ouvrir trois fois par jour dans mes salles ; mais si je n'avais pas de rideaux pour protéger certains lits, je ne pourrais plus recourir sans danger à cette mesure salutaire.

M. LE FORT. La question des rideaux est jugée à l'étranger. J'en ai rencontré dans quelques hôpitaux anglais, à Dublin, et encore sont-ils bien autrement simples que dans nos hôpitaux ; mais il n'y en a dans aucun hôpital allemand, même pas aux lits réservés pour les sœurs. Je suis, pour ma part, convaincu de leur action nuisible ; ils empêchent la circulation de l'air et servent de réceptacles aux miasmes. Chacun de nous sait que l'on ne change les rideaux que deux fois par an dans nos hôpitaux. Aussi la contagion se perpétue-t-elle dans certains lits. Les petits avantages rappelés tout à l'heure ne justifient pas leur emploi ; des paravents légers et bien construits rendent les mêmes services.

M. LARREY est d'avis que les rideaux doivent être conservés dans les salles de femmes, mais supprimés pour les hommes et les enfants.

M. BOUVIER croit que c'est une question qui doit être entièrement réservée et laissée au jugement de chacun ; il demande la suppression de l'article.

M. VERNEUIL. S'il est un hôpital où les rideaux devraient exister, c'est assurément à Lourcine. Il n'y en a pas, et personne ne s'en plaint. Vous voulez exiger que les rideaux soient ouverts, mais il suffit d'avoir été la nuit dans une salle d'hôpital pour savoir qu'il n'y a pas un seul malade qui ne s'enferme systématiquement dans ses quatre rideaux. Il en est fort souvent de même pendant la journée pour bon nombre de malades. On ne peut donc nier que la circulation de l'air ne soit interrompue. Comment ne pas admettre que les rideaux renferment des germes de contagion, quand on vient de vous rappeler qu'ils ne sont changés que deux fois par année?

M. DEPAUL. La contagion dont vous parlez, vous êtes libre de l'éviter; jamais l'on ne m'a refusé de changer complétement la literie et les rideaux lorsqu'une femme succombe à la fièvre puerpérale. Vous me dites que les rideaux sont fermés la nuit et quelquefois le jour. Je crois que si vous vouliez exiger qu'ils fussent ouverts, vous l'obtiendriez aussi. Il vous est donc loisible de supprimer tous les inconvénients des rideaux et de profiter de leurs avantages.

M. GUERSANT croit les rideaux utiles, même dans les salles d'enfants. Quelques-uns d'entre eux, atteints d'affections graves ou éruptives, ont besoin d'être protégés contre les courants d'air venus des fenêtres ou des portes quand on les ouvre.

M. FOLLIN est de l'avis de M. Depaul, les rideaux sont utiles dans bien des cas, et avec une ferme volonté on peut supprimer leurs inconvénients.

MM. GIRALDÈS et LE FORT insistent sur les inconvénients des rideaux et la nécessité de leur suppression.

M. LARREY. Je suis opposé en principe à l'emploi des rideaux, mais ils peuvent être exceptionnellement utiles. Je crois donc que c'est aller trop loin que de réclamer leur suppression ; il faut que chaque chef de service ait la possibilité de s'en servir lorsqu'il le jugera nécessaire, ce à quoi vous n'arriveriez pas s'il était une fois établi qu'ils doivent être supprimés.

M. TRÉLAT. Sans contester que les rideaux puissent avoir quelques avantages, nous avons pensé que la somme de leurs inconvénients est encore plus grande; nous croyons que ce sont des cribles qui retiennent les miasmes, des écrans qui gênent la circulation de l'air. Il faut choisir entre ces avantages qui s'excluent, et nous n'avons pas hésité à choisir la disposition qui nous paraissait et nous paraît encore la plus favorable à une bonne aération.

— La Société consultée rejette l'article relatif à la suppression absolue des rideaux.

M. BROCA dépose et développe l'amendement suivant :

« Il est nécessaire que les chefs de service aient le droit de faire supprimer les rideaux des lits lorsqu'ils le jugent convenable. »

Il y a deux ans que M. le directeur général consulta la commission instituée pour les questions d'hygiène hospitalière, sur la question des rideaux. Je votai seul la suppression absolue ; mais il fut unanimement adopté que la portion des rideaux qui orne la partie supérieure du lit, et que l'on désigne sous le nom de *pente*, serait supprimée. Malgré cela, l'administration est si bien renfermée dans ses habitudes

que l'on n'y est pas encore arrivé. Je crois donc indispensable que le chef de service puisse facultativement prescrire la suppression des rideaux, comme il prescrit un médicament ou toute autre chose jugée utile aux malades.

— La Société adopte l'amendement de M. Broca. Il prendra la place de l'article supprimé.

Discussion sur les conclusions relatives à la reconstruction de l'Hôtel-Dieu. — M. LARREY. Je ne saurais voter ce dernier article, il exprime un blâme auquel je ne m'associe pas et auquel la Société ne devrait pas, à mon avis, s'associer.

M. BROCA. Je ne puis comprendre que la Société puisse dire à l'Administration qu'elle a méconnu tel ou tel principe dans un projet de plan qui lui est inconnu. Si nos collègues l'avaient étudié, ils auraient vu que presque tout ce qu'ils demandent a été prévu et souvent remarquablement exécuté. Ainsi, vous demandez des salles d'isolement, on a annexé à chaque salle une petite salle de six lits et deux chambres à un lit; les parloirs existent, il y en a un pour deux services; il y a pour chaque salle des lavabos; les pièces de pansement sont précipitées dans les sous-sols par des trémies, etc., etc. Je sais que ce projet a des défauts capitaux: l'aération et l'insolation étaient sacrifiées, l'accumulation des malades extrême; mais la plupart des principes que vous invoquez ont été largement satisfaits. Je ne puis donc voter une conclusion qui d'ailleurs résume toutes les autres et me semble inutile.

MM. VERNEUIL et TRELAT rappellent que personne ne conteste l'utilité des dispositions que vient d'indiquer M. Broca, qu'elles sont bonnes et que tout le monde s'accorde à les reconnaître telles. Mais à côté de ces points de détail, il a été établi par la discussion qu'à différents titres l'emplacement est mauvais, que l'espace est trop restreint, le nombre des malades trop grand, l'aération de l'édifice infiniment défectueuse. Ces conditions sont capitales, et il est impossible de perdre de vue un fait aussi considérable.

— La Société consultée demande la modification de quelques mots dans ces dernières conclusions.

Elle les adopte après modifications.

M. TRELAT rappelle que M. Larrey avait soumis à la Société une importante proposition sur l'organisation d'une commission ou d'un comité d'hygiène.

Le vote sur cette proposition est renvoyé à la prochaine séance.

— La séance est levée à six heures.

Pour le secrétaire, F. GUYON.

Séance du 14 décembre 1864.

Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Montpellier médical.* — Le *Bulletin médical du nord de la France.* — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

— Le Conseil d'administration de l'Académie impériale de médecine a fait l'honneur à la Société de chirurgie de lui envoyer un certain nombre d'invitations pour la séance publique du 13 décembre.

— M. Cullerier demande à échanger son titre de titulaire en celui d'honoraire.

DISCUSSION.

Hygiène hospitalière. — Fin.

M. TRÉLAT rappelle que la Société doit encore se prononcer sur la proposition qu'avait faite M. Larrey relativement à l'organisation d'un comité ou d'une commission d'hygiène. En l'absence de M. Larrey, M. Trélat propose, en son propre nom, une rédaction qui lui paraît renfermer l'idée de M. Larrey, en lui donnant plus de précision.

Il n'y a dans cet article qu'un seul point nouveau, celui de la permanence et des réunions périodiques du comité. Quant à la création du comité, elle est conforme aux vœux exprimés bien souvent par le corps médical; elle est d'accord avec les vues de l'Administration, ainsi qu'on peut s'en convaincre en jetant les yeux sur la première page du livre de M. Husson. On y verra que l'Administration considère comme une de ses plus précieuses et plus utiles traditions l'échange de vues et d'idées entre elle et les médecins; qu'elle ne saurait prendre sur elle de consacrer dans la pratique aucune mesure d'hygiène sans faire appel aux lumières et à l'expérience du corps médical des hôpitaux. C'est l'idée fondamentale qui a été exprimée dans la conclusion soumise au vote de la Société.

M. MARJOLIN croit qu'il serait bon de rappeler que des vœux semblables ont été émis par M. Lévy à l'Académie de médecine, et que

nous aurions tout bénéfice à invoquer le patronage de cette éminente Compagnie.

M. TRELAT ne pense pas qu'on doive introduire de nom propre dans la rédaction des conclusions. Il a pris soin, dans son dernier discours, de rappeler l'opinion de M. Lévy.

M. BROCA. On pourrait dire que cette mesure est conforme aux vœux exprimés à l'Académie de médecine.

— Ces mots seront introduits.

M. GIRALDÈS voudrait que les chefs de service ne faisant pas partie du comité y fussent appelés, avec voix délibérative, pour toutes les questions relatives à l'hôpital auquel ils sont attachés.

M. BROCA craint que les expressions de M. Giraldès ne répondent pas à son idée. Si on appelait dans le comité tous les chefs de service d'un hôpital sur une question donnée, il pourrait arriver que cet hôpital fût représenté par trois, quatre, cinq personnes, tandis que d'autres hôpitaux ne le seraient pas ou le seraient par un seul membre.

M. LARREY pense que ce sont là des détails de réglementation, et qu'il faut s'en tenir à l'énoncé du principe.

M. GIRALDÈS insiste sur sa proposition. Si les chefs de service, dit-il, ne sont pas appelés dans le comité, celui-ci sera purement nominatif; on n'y viendra pas; ce sera un objet de luxe. La présence des chefs de service est d'ailleurs nécessaire pour faire comprendre la portée et le but de certaines améliorations de détail, qui souvent n'intéressent qu'un seul hôpital.

M. TRELAT propose, pour répondre à la pensée de M. Giraldès, d'ajouter ces mots : Et pouvant éventuellement appeler dans son sein, avec voix délibérative, les chefs de service ne faisant pas partie de ce comité.

— La Société adopte.

M. LE FORT voudrait qu'on demandât au comité un compte rendu médical annuel, ce qui comblerait utilement une lacune du compte moral que publie l'Administration.

M. GIRALDÈS dit que la présence aux séances du comité devrait être rendue obligatoire au moyen d'une amende.

M. LARREY demande qu'on spécifie que la commission ou le comité est attaché aux hôpitaux.

La conclusion XIII, modifiée, est relue en entier. — La Société l'adopte.

Conclusions.

L'ensemble des conclusions, mis aux voix et adopté, est ainsi conçu :

La Société de chirurgie de Paris voulant contribuer, dans la mesure de ses efforts, à soustraire la pratique de l'art à la funeste influence des complications nosocomiales et à dégager pour l'avenir la responsabilité de la science, a jugé opportun, à propos de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu, de rappeler ou d'établir les principes suivants :

I. Un hôpital doit être situé dans un lieu découvert, sur un sol sec et sur un terrain déclive. Ce terrain doit être vaste. Un espace superficiel de 50 mètres carrés par malade représente un minimum qui devra, autant que possible, être dépassé, et qui, d'ailleurs, doit croître *progressivement* avec le nombre des malades.

II. L'atmosphère d'un hôpital sera d'autant plus pure qu'il sera plus éloigné des agglomérations populeuses. On ne devrait conserver au centre des villes que des hôpitaux d'urgence nécessairement restreints et des hôpitaux d'enseignement. Cette mesure de salubrité serait en même temps une mesure d'économie, et permettrait aux grandes villes comme Paris d'installer leurs hôpitaux sur de vastes terrains peu coûteux.

III. De bonnes dispositions hygiéniques sont faciles à obtenir dans des hôpitaux de 200 à 250 malades. Elles deviennent à peu près impossibles à réaliser dans les grandes villes, si on dépasse le double de ce chiffre. Dans ces limites de nombre, les dépenses de toute nature ne sont pas plus élevées que pour des hôpitaux plus populeux.

IV. Les éléments de l'atmosphère se mélangeant surtout dans le sens horizontal, il faut combattre par l'espacement les effets de contact et de proximité qui constituent l'encombrement et qui se produisent de malade à malade, de salle à salle, de bâtiment à bâtiment.

V. Ce n'est pas seulement en augmentant l'espace cubique alloué à chaque malade, mais encore et surtout en augmentant l'espace superficiel, aujourd'hui insuffisant dans nos hôpitaux civils, qu'on luttera efficacement contre les influences contagieuses. Pour des motifs de même ordre, il est indiqué de ne pas multiplier les étages, chacun de ceux-ci engendrant une couche atmosphérique plus ou moins viciée. Au point de vue rigoureux de l'hygiène, on ne devrait jamais superposer plus de deux rangées de malades.

VI. Ce serait une illusion de croire qu'un large cube d'air à l'intérieur des salles remplace le manque d'espace et d'aération extérieure, de croire qu'une abondante ventilation artificielle supplée à l'une ou à l'autre des conditions précédentes. Rien ne supplée à l'insuffisance ou au défaut de l'aération naturelle.

VII. Les bâtiments complétement isolés, ayant tous la même orientation, exposés sans aucun obstacle aux rayons du soleil, à l'action de la pluie et des vents, seront disposés sur une seule ligne ou en lignes parallèles, à larges intervalles de 80 à 100 mètres, de manière à obtenir une séparation efficace et une libre et facile aération extérieure.

VIII. De petites salles de 15 à 20 lits sont faciles à surveiller au point de vue des soins; la gêne réciproque des malades y est moins grande; les chances de contagion directe moindres aussi ; l'enlèvement de toutes les impuretés plus rapide. Elles doivent être préférées pour les services ordinaires, sans préjudice de dispositions spéciales à adopter pour certaines catégories de malades qui réclament un plus large espacement et l'*isolement* dans des chambres séparées.

IX. Le mobilier des salles ne doit apporter aucun obstacle à la circulation de l'air. Il est nécessaire que les chefs de service aient le droit de faire supprimer les rideaux des lits lorsqu'ils le jugent convenable.

X. Les salles seront séparées par les paliers et les pièces de service commun. Il serait avantageux que l'une d'elles pût recevoir, pendant le jour et pour les repas, tous les malades qui se lèvent ; ce serait une évacuation incomplète, mais quotidienne de la salle.

XI. L'évacuation périodique et régulière des salles et leur repos pendant un temps de plusieurs mois, donnent, dans les hôpitaux militaires français et dans les hôpitaux étrangers, des résultats qui indiquent l'adoption générale de cette mesure particulièrement impérieuse en temps d'épidémie.

XII. Tout sera disposé pour que les matières odorantes et infectantes, déjections, objets de pansement, eaux de lavage, etc., puissent être rapidement détruites ou enlevées, qu'elles ne séjournent jamais à l'intérieur ou à proximité des pièces occupées par les malades, et ne donnent lieu à aucune émanation appréciable.

XIII. L'institution, près l'Administration centrale des hôpitaux, d'un comité consultatif d'hygiène et de salubrité permanent et ayant des séances périodiques, comité composé de médecins, de chirurgiens, d'administrateurs, d'ingénieurs et d'architectes, et pouvant éventuellement appeler dans son sein, avec voix délibérative, tous

les chefs de service ne faisant pas partie de ce comité; l'institution d'assemblées périodiques des médecins, chirurgiens et administrateurs de chaque hôpital, fourniraient à l'Administration des lumières et un contrôle qui lui permettraient de marcher plus sûrement dans la voie des progrès qu'elle poursuit.

Cette dernière mesure, conforme aux vœux exprimés à l'Académie de médecine, ne serait d'ailleurs qu'un retour à d'anciennes prescriptions et à d'utiles usages.

Eclairée par une longue discussion à laquelle ont pris part un grand nombre de ses membres, la Société de chirurgie regretterait que, dans son projet d'Hôtel-Dieu, l'Administration méconnût ou négligeât quelques-uns de ces principes.

Elle pense que ni les besoins de la population, ni ceux de l'enseignement, ne réclament aujourd'hui un hôpital de six cents lits dans la Cité; qu'un tel hôpital serait dans de mauvaises conditions sous le rapport de l'emplacement, de l'espace, du nombre des lits, de la disposition des bâtiments, de l'aération de l'édifice.

Elle souhaite que ses observations soient entendues, et qu'elles contribuent à faire adopter un projet conforme aux exigences fondamentales de l'hygiène hospitalière.

— Sur la proposition de M. Legouest, la Société décide que la *Discussion sur l'hygiène hospitalière* sera tirée à part et formera une publication spéciale.

ÉLECTION.

La Société vote sur la demande de M. A. Richard, relative à l'échange de son titre de membre titulaire contre celui d'honoraire.

Le dépouillement du vote donne 4 voix pour, 15 voix contre, 3 bulletins blancs.

M. Richard n'est pas nommé membre honoraire.

LECTURES.

M. COURTY (de Montpellier) lit: 1° une note sur la *suppression de la sonde à demeure à la suite de l'opération de la fistule vésico-vaginale;*

2° Le récit de l'*ablation d'un utérus introversé.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Broca, Follin et Verneuil.

— M. LEROY (d'Etiolles) lit une observation intitulée *Extraction d'un bâton de cire à cacheter tombé dans la vessie* (1).

Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée pour examiner les autres travaux de M. Leroy.

PRÉSENTATIONS.

M. LEMAUX présente un *appareil à fracture* de son invention. Cet appareil, destiné surtout au membre inférieur, permet de faire l'extension et la contre-extension.

Renvoyé à l'examen de M. Marjolin.

Balle de plomb enclavée dans le tibia. — M. PERRIN met sous les yeux de la Société un tibia dans l'épaisseur duquel un projectile a séjourné impunément pendant cinquante ans.

Cette pièce appartenait à un ancien officier de l'Empire, qui reçut un coup de feu en 1814, à la partie supérieure de la jambe droite. La balle pénétra à la face interne de la tubérosité du tibia. Sa présence fut constatée immédiatement. On fit de vains efforts pour l'extraire, et en désespoir de cause la plaie fut abandonnée à elle-même.

Malgré ces conditions défavorables, la blessure guérit complétement en quelques mois, en laissant sur le trajet de la plaie une cicatrice solide adhérente à l'os.

La guérison se maintint durant trente ans sans que l'officier fût gêné dans son service par son ancienne blessure.

Après ce long intervalle de temps, deux petits abcès se formèrent successivement, l'un au niveau de la cicatrice, l'autre à 2 centimètres en avant. A ces abcès, qui n'eurent aucun retentissement sur la santé générale ni sur l'intégrité de l'articulation du genou, succédèrent deux trajets fistuleux fournissant une petite quantité de pus séreux. Ces trajets fistuleux, au fond desquels le stylet ne percevait l'os à nu dans aucun point, persistèrent jusqu'au moment de la mort, survenue dans un âge très-avancé, il y a quelques semaines, et à la suite d'une affection étrangère.

A l'autopsie du membre, on découvrit, à l'aide d'un trait de scie, une excavation profonde creusée dans l'épaisseur de la tubérosité tibiale.

Cette excavation, sinueuse, profonde de 4 centimètres environ, est tapissée partout d'une membrane fibreuse épaisse, derrière laquelle

(1) Voyez *Gazette hebdomadaire*, 1864, page 841.

on remarque les altérations habituelles de l'ostéite suppurée, dans certains points du tissu osseux raréfié, et réduite à quelques aiguilles friables comme dans la carie, dans d'autres, des plaques de tissu éburné.

L'excavation est partagée en deux loges par un étranglement trop étroit pour livrer passage à un projectile, fût-il de petit calibre.

La loge superficielle située en arrière communique avec l'extérieur à l'aide de deux ouvertures larges, oblongues, fermées par des tissus fibreux et disposées à la façon de deux canons de fusil. Le projectile se trouve enclavé dans cette loge assez solidement pour qu'il résiste à toute tentative d'extraction pratiquée directement et la pièce sous les yeux. Il est littéralement incrusté dans du tissu osseux compacte de nouvelle formation, au moins en grande partie.

La loge profonde, située plus en avant et sur un plan un peu déclive, a été manifestement creusée par le pus provenant de la loge superficielle. Elle représente, si l'on veut me passer cette expression, l'égout de la plaie osseuse dans lequel sont venus s'accumuler les produits de sécrétion, après que la cicatrisation des parties molles a fait obstacle à leur issue au dehors.

A son point le plus déclive, le pus s'est fait un petit débouché jusqu'à la surface de l'os. C'est précisément au niveau de cette ouverture spontanée que siégeait l'un des abcès, survenus trente ans après la blessure.

Il résulte évidemment de l'examen de cette pièce que la plaie osseuse, quoique peu gênée par la présence du projectile, n'était pas guérie au moment de la cicatrisation des parties molles. Elle subit de lentes transformations dont les résultats furent la formation de tissu compacte et l'infiltration de ces produits de sécrétion dans le tissu aréolaire du voisinage.

Enfermés de toutes parts dans l'épaisseur de l'os, ce ne fut qu'au bout de trente ans qu'ils se frayèrent passage au dehors, sans dommage pour la santé générale ni pour les fonctions du membre.

Résection du maxillaire inférieur, déformation consécutive de la face. — M. FOUCHER. La pièce pathologique que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société provient d'un nommé M..., opéré par Dupuytren en 1832, et dont l'observation, recueillie par M. Hipp. Larrey, se trouve relatée dans la *Clinique* de Dupuytren (t. VI, p. 263).

Chez cet homme, tout le corps du maxillaire inférieur avait été détruit, soit par un coup de feu, soit par le chirurgien appelé à restaurer l'affreuse difformité qui résultait de la blessure. Il est curieux de

constater la disposition des diverses parties de la face trente-trois ans après l'opération.

L'ouverture buccale a la forme d'un ovale à grand diamètre vertical et dont le bord inférieur, reporté en arrière, est uniquement formé par la peau et un tissu cicatriciel.

La mâchoire supérieure est rétrécie transversalement, les sinus maxillaires sont étroits, la voûte palatine offre la forme ogivale signalée en pareil cas par Larrey père, les dents et l'arcade dentaire sont inclinées en dedans et presque horizontales. Tout le corps de la mâchoire inférieure manque et n'est remplacé par aucun tissu cartilagineux ; les deux branches de l'os sont attirées vers la ligne médiane et appliquées sur les parties latérales de la mâchoire supérieure.

La langue n'étant plus soutenue en avant, était devenue verticale, et sa base reposant sur l'épiglotte abaisse celle-ci sur l'ouverture supérieure du larynx et a exercé même une pression assez forte et assez longtemps continuée sur les cartilages arythénoïdes pour en avoir émoussé la pointe. La respiration n'était pas gênée, la phonation était imparfaite, et la salive coulait continuellement de la bouche.

Ces renseignements pourront compléter ceux qui ont déjà été fournis sur ce blessé par M. Hipp. Larrey.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

Séance du 21 décembre 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine.

— Un mémoire sur l'*hygiène des hôpitaux des femmes en couches* par M. Tarnier, agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

— Deux extraits du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, déposés par M. Giraldès : ce sont les articles *Agents anesthésiques* et *Anus artificiel, malformation de l'anus.*

ÉLECTIONS.

Élection du bureau et des commissions pour 1865.

Election du président. — Sur 22 votants, M. Broca, 19 voix ; M. Giraldès, 2 voix ; bulletin blanc, 1.

M. Broca est élu président.

Election du vice-président. — 24 votants. M. Giraldès, 19 voix; M. Follin, 2 voix; MM. Blot, Dolbeau, Voillemier, chacun 1 voix.

M. Giraldès est élu vice-président.

Election des secrétaires annuels. — 23 votants. M. Blot, 21 voix; M. Guyon, 19 voix; M. Dolbeau, 5 voix; M. Trélat, 1 voix.

MM. Blot et Guyon sont élus secrétaires annuels.

Comité de publication. — 23 votants. MM. Marjolin, Follin, Foucher, chacun 17 voix; M. Forget, 4 voix; M. Verneuil, 3 voix; MM. Demarquay, Larrey, Dolbeau, 2 voix; MM. Le Fort, Guérin, Chassaignac, Richet, Guyon, 1 voix.

MM. Marjolin, Follin, Foucher, sont nommés membres du comité de publication.

Commission des congés. — M. Forget, 11 voix; M. Boinet, 10 voix; M. Dolbeau, 9 voix; M. Laborie, 8 voix; M. Desormeaux, 7 voix; M. Guérin, 3 voix; MM. Velpeau et Demarquay, 2 voix; MM. Le Fort, Chassaignac, Blot, Giraldès, Broca, Béraud, Larrey, Bouvier, Verneuil et Marjolin, 1 voix.

La commission des congés est composée de MM. Forget, Boinet et Dolbeau.

Archiviste et trésorier. — MM. Verneuil et Houël sont maintenus dans leurs fonctions.

Commission des comptes. — Le tirage au sort donne les noms de MM. Trélat, Desormeaux, Depaul, Le Fort et Guérin.

— A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, U. TRÉLAT.

Séance du 28 décembre 1864.

Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Compte rendu* de la séance solennelle de rentrée de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Limoges. — Le *Journal de médecine de Bordeaux.* — Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.*

— M. Larrey dépose sur le bureau, au nom de M. Mestre, médecin militaire en retraite, une brochure intitulée : *Essai sur l'éléphantiasis des Arabes observé en Algérie.*

— Au nom de M. Cazalas, médecin-inspecteur, le discours que ce médecin a prononcé à l'inauguration de la statue du baron Larrey, le 15 août 1864, à Tarbes.

— M. Larrey fait hommage 1° de la *Vie de Percy*, par Laurent; 2° d'un ouvrage *sur les plaies par armes à feu*, par M. Bernhard Beck; 3° d'un ouvrage de John Abernethy, intitulé : *Observations chirurgicales sur l'origine et le traitement des maladies locales et sur les anévrysmes;* 4° enfin du *Testament médical, philosophique et littéraire*, par M. le docteur Dumont.

ÉLECTIONS.

La Société nomme au scrutin deux commissions; l'une, composée de quatre membres, doit présenter un rapport sur les candidats *au titre de correspondant étranger;* l'autre, composée de trois membres, examinera les titres des candidats *à la place vacante de membre titulaire*. MM. Giraldès, Larrey, Follin et Verneuil sont élus pour la première; MM. Le Fort, Marjolin et Blot pour la seconde.

COMMUNICATION.

Uranoplastie périostique. — M. VERNEUIL. Je viens entretenir la Société d'une question qui n'y a fait que de rares apparitions depuis les faits communiqués par M. Baizeau. Quoique l'opération soit d'origine allemande, quoiqu'elle ait été répétée maintenant jusqu'à trente fois par son inventeur M. Langenbeck, personne ne conteste que ce sont les expériences physiologiques de M. Ollier qui lui ont donné naissance. M. Ollier avait dit que des lambeaux de muqueuse palatine, doublés de périoste sain, reproduisent de la substance osseuse. Ce fait physiologique a été contesté par plusieurs chirurgiens, et entre autres par notre collègue M. Sédillot (de Strasbourg). M. Ollier a fait pour le Congrès médical de Lyon et pour la Société de chirurgie des expériences démonstratives dont je présente les résultats. Voici la note de M. Ollier, qui accompagne cet envoi :

De la régénération de la voûte palatine. — « Dans la séance du 30 mars dernier, j'eus l'honneur d'exposer devant la Société les faits généraux que j'avais observés sur la régénération des os, et je démontrai par des pièces provenant de différents animaux (chat, chien, lapin) la réalité de cette régénération.

» J'établis que les os longs, plats et courts, étaient susceptibles de se régénérer par le périoste, bien qu'il y eût des différences au point de vue de la rapidité et du degré de perfection dans ce processus réparateur.

» Je rappelai que chez l'homme, comme chez les animaux, deux circonstances dominaient cette reproduction : l'état anatomique du périoste et l'état de la santé générale du sujet. Quand le périoste était détruit ou altéré par la maladie, ou quand la nutrition générale était troublée par la fièvre ou de mauvaises conditions hygiéniques, la reproduction était imparfaite, lente, nulle même, et dans tous les cas plus ou moins tardive. De là une grande variation dans le temps nécessaire pour la formation du nouvel os.

» Quelque temps auparavant, M. le professeur Sédillot (de Strasbourg) avait adressé à la Société une pièce relative à la résection de la voûte palatine, et dans laquelle cet expérimentateur avait constaté l'absence complète de régénération. Cette unique expérience ne prouvait rien par elle-même, puisqu'elle était négative.

» Je viens, en m'appuyant sur trois nouvelles pièces prises sur le chien, affirmer une fois de plus les propriétés réparatrices du périoste et démontrer que la voûte palatine ne fait pas exception. Ces pièces montrent la réalité de cette régénération et indiquent les circonstances qui la font échouer.

» La première pièce se rapporte à un chien de cinq ou six mois, choréique, amaigri et constamment malade, qui a été mal nourri après l'opération, et qui est mort au bout de vingt-trois jours.

» La perte de substance était de 18 millimètres de long sur 9 de large dans sa plus grande largeur. On ne constate qu'un point osseux de la grosseur d'une tête d'épingle.

» La seconde pièce a été prise sur un chien de quatre ou cinq mois, mieux portant que le premier, mais qui est tombé malade quelques jours après l'opération et qui est mort le vingtième jour.

» La perte de substance était la même que dans l'expérience précédente. Il n'y a en fait d'os nouveau qu'une lame de substance osseuse de 6 ou 8 millimètres de long sur 1 ou 2 de large.

» La troisième pièce enfin se rapporte à un chien de quatre ou cinq mois environ, gros, bien portant, et qui, après avoir été bien nourri et tenu dans les meilleures conditions hygiéniques, a été sacrifié le vingt-huitième jour après l'opération.

» La perte de substance avait 16 millimètres de long sur 8 de large, et l'on peut voir que la réparation est complète. Les limites de la partie enlevée sont indiquées par une sorte de fente ou de suture qui sépare l'os nouveau de l'os ancien.

» Ces pièces peuvent se passer de commentaires, puisqu'elles démontrent d'une manière aussi rigoureuse que possible la réalité de la régénération de la voûte palatine, et qu'elles font comprendre pour-

quoi la réparation est rapide dans certains cas et tardive dans d'autres.

» Elles répondent aussi aux objections que quelques chirurgiens adressent encore à l'application de l'ostéoplastie périostique à la restauration de la voûte palatine.

» On ne repoussera donc plus dorénavant les observations d'ossification des lambeaux autoplastiques de la voûte du palais chez l'homme, en s'appuyant sur ce que chez les chiens le périoste de cette région ne reproduit pas les parties osseuses. »

— Après avoir donné lecture de cette note, M. Verneuil montre une série de plâtres moulés envoyés par M. Ehrmann, de Mulhouse. Ces moules ont été pris sur une femme de cinquante-deux ans, qui avait porté jusqu'à cet âge un obturateur destiné à combler une large perte de substance de la voûte palatine. Les dents s'étant ébranlées, l'obturateur ne tenait plus; M. Ehrmann pratiqua alors l'uranoplastie à deux lambeaux en forme de pont. Une première opération ne donna qu'un résultat incomplet; la seconde tentative fut couronnée de succès.

M. Ehrmann ne s'explique pas dans son observation sur la reproduction de la substance osseuse; il promet à cet égard de nouveaux éclaircissements, qui seront communiqués à la Société.

Par cette heureuse opération, dit en terminant M. Verneuil, notre confrère de Mulhouse aura contribué à rendre courage aux chirurgiens français qui jusqu'ici ne paraissaient guère disposés à pratiquer l'uranoplastie périostique. Ils y seront plus encouragés encore si l'opération récemment proposée par M. Passavant, la staphylo-pharyngoraphie, donne les résultats qu'elle semble promettre, et permet aux malades dont la voûte palatine aura été restaurée non-seulement de manger plus facilement, mais encore de recouvrer une prononciation normale. Car on sait que c'est là le plus grand désir des malades qui se font opérer.

Le travail de M. Ehrmann est renvoyé à une commission composée de MM. Bauchet, Guyon et Verneuil.

M. FOLLIN. Tous les chirurgiens savent que le nasonnement est très-prononcé chez les individus dont le voile du palais, trop court, ne peut pas s'appliquer contre la paroi pharyngienne dans l'émission de certains sons. Ayant lu le travail de M. Passavant dont M. Verneuil vient de parler, j'ai voulu m'assurer expérimentalement du résultat que produit, pendant la phonation, l'accolement du voile du palais avec la paroi pharyngienne. Chez un malade de mon service qui avait une perforation syphilitique du voile et qui nasonnait forte-

ment, j'ai vu la voix se modifier d'une manière très-favorable dès qu'on appliquait le voile du palais contre le pharynx.

M. TRÉLAT. Il faut se mettre en garde contre quelques chances d'erreur dans ces sortes d'expérimentations. On sait d'abord que les individus atteints de perforation ou de division accidentelle du voile nasonnent beaucoup moins que ceux chez lesquels le vice de conformation est congénital. De plus, certaines voyelles, les voyelles franches *a, é, o, u, i,* peuvent être prononcées avec pureté, ainsi que l'avait autrefois signalé Gerdy, tandis, au contraire, que les sons gutturaux *en, on, an, un,* sont toujours plus ou moins vicieux quand le voile est perforé.

Chez une malade que j'ai récemment opérée pour une large perte de substance du voile du palais datant de deux ans, la prononciation était, avant l'opération, très-peu altérée. Il fallait choisir certains mots gutturaux pour constater le défaut.

M. DESORMEAUX. J'ai observé un cas analogue à celui que vient de citer M. Trélat. Chez une femme qui se présenta à la consultation de l'hôpital Necker, la prononciation et la déglutition étaient normales, malgré une large perte de substance du voile du palais datant de plusieurs années. Aussi la malade refusa-t-elle toute opération.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, U. TRÉLAT.

EXPOSÉ DE LA SITUATION DE LA SOCIÉTÉ PAR LE PRÉSIDENT.

M. RICHET s'exprime ainsi :

Messieurs et chers collègues,

Le règlement a sagement disposé que chaque année le président viendrait exposer devant vous l'état moral et financier de la Société ; c'est cette mission que je vais accomplir, et je le ferai aussi brièvement qu'il me sera possible, afin de ne point trop retarder le moment où vous entendrez la parole éloquente et si autorisée de votre secrétaire général, qui vous retracera la vie et les travaux d'un de nos associés étrangers, de l'illustre Guthrie; et celle non moins habile do notre secrétaire annuel, qui résumera, dans ce langage facile et élégant qui lui est habituel, les travaux de la Société pendant l'année qui vient de s'écouler.

Fondée en 1843, la Société de chirurgie compte vingt-deux ans d'existence à peine, et déjà, si l'on jette un regard en arrière, on demeurera étonné du chemin parcouru. Accueillie à son origine avec une certaine défiance ressemblant à de l'hostilité par quelques-uns, avec indifférence par le plus grand nombre, elle a su triompher de tous les obstacles, par son infatigable et tranquille persévérance, et surtout par sa modération de conduite.

Aujourd'hui, ses travaux l'ont placée, nous pouvons le dire avec un légitime orgueil, au premier rang parmi les Sociétés savantes, et l'influence qu'elle exerce sur la pratique de notre art est aussi salutaire qu'incontestable.

Peu nombreux d'abord, vous avez su attirer progressivement à vous les chirurgiens les plus éminents de la capitale, de la province et de l'étranger; et voici maintenant que vos cadres se trouvent beaucoup trop étroits pour accueillir les très-nombreux confrères des départements qui aspirent au titre si ambitionné aujourd'hui de *membre correspondant national.*

Cette situation, chers collègues, a dû préoccuper les membres de votre bureau; car, par suite d'une circonstance heureuse et dont, à un autre point de vue, nous n'avons qu'à nous féliciter vivement, aucune vacance ne s'étant produite pendant l'année 1864 dans les rangs de nos correspondants nationaux, la Société se voit dans la rigoureuse nécessité d'ajourner indéfiniment toute nomination.

N'y aurait-il pas possibilité de remédier à cet état de choses? Vous le savez, nous avons deux catégories de membres étrangers, des membres correspondants et des membres associés. Ne pourrions-nous pas aussi avoir deux catégories de membres nationaux, c'est-à-dire des membres associés à côté de nos correspondants?

Cette mesure, qui indiquerait une révision de nos statuts, aurait le double avantage, d'abord de donner satisfaction aux légitimes aspirations d'un certain nombre de nos distingués confrères des départements placés à la tête des établissements hospitaliers ou en possession d'une vaste pratique, et puis d'étendre l'influence de notre Société et en même temps de grossir cette source si précieuse de communications intéressantes et variées dont chaque jour nous apprécions davantage la valeur.

C'est là, vous le comprenez, une question grave et sérieuse qui ne saurait être qu'indiquée ici, et sur laquelle nous appelons toutes vos méditations.

Je viens de dire que pendant l'année 1864 aucune vacance ne s'était produite dans les rangs de nos correspondants nationaux; c'est avec un véritable bonheur que je puis ajouter qu'il en est de même

de nos associés et correspondants étrangers. C'est la première fois peut-être que pareil fait se présente, et il nous est bien permis de nous en réjouir.

Parmi nos membres titulaires, au contraire, un grand vide s'est effectué; mais ici encore je suis heureux de constater que c'est par une retraite volontaire qu'il s'est produit. Trois de nos honorables collègues ont cru devoir demander le titre de membre honoraire, ce sont : MM. Bouvier, Guersant et Jarjavay, qui ont continué néanmoins à suivre assidûment nos séances et à éclairer nos discussions de leurs lumières.

Mû par une honorable susceptibilité, M. A. Richard a cru devoir envoyer sa démission; qu'il reçoive les regrets de ses nombreux amis. D'un autre côté, M. Béraud ayant envoyé la sienne, nous avons ainsi à pourvoir à ces cinq vacances, et de plus, à celle de M. Gosselin, devenu honoraire à la fin de l'année 1863, et qui n'a pas encore été remplacé. Déjà de nombreux et dignes compétiteurs se présentent, qui ne vous laisseront que l'embarras du choix.

J'ai à vous signaler maintenant les excellentes acquisitions que vous avez faites pendant l'année 1864. Vous avez ajouté à la liste de vos membres titulaires M. le docteur Le Fort, désigné à vos suffrages par d'excellents travaux, et qui a marqué brillamment son entrée parmi nous dans la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

Nous nous sommes adjoint comme membres correspondants nationaux MM. Duboué (de Pau), Azéma (de la Réunion) et Isnard (de Metz). Le premier de ces honorables confrères, M. le docteur Duboué, ancien interne des hôpitaux de Paris, est devenu depuis sa nomination un de nos plus actifs collaborateurs, et naguère encore vous l'avez vu accourir au milieu de nous pour nous faire connaître un nouveau procédé opératoire des fistules vésico-vaginales sanctionné par de beaux succès.

Enfin, vous avez choisi pour associés étrangers trois illustrations qui comptent parmi les hommes les plus justement estimés de la Grande-Bretagne, MM. Hogdson et James Paget (de Londres) et Robert Adams (de Dublin), et pour correspondants étrangers les noms honorés de MM. Melchiori, Gamgee, Victor Bruns et Gherini.

Si nous tournons maintenant nos regards vers l'administration intérieure de notre Société, là encore nous trouverons de justes sujets de satisfaction. Vous vous joindrez tous à moi, chers collègues, pour louer le zèle et la persévérance avec lesquels notre nouveau secrétaire général s'est dévoué à nos intérêts, et vous vous plairez à reconnaître que jamais peut-être nos procès-verbaux n'ont été rédigés avec plus d'exactitude et d'impartialité par nos secrétaires annuels.

Chaque séance nous apporte un nombreux contingent de journaux, de brochures, de livres, de documents manuscrits, de pièces anatomo-pathologiques, qui nous sont adressés par des membres de notre Société, souvent même par des personnes qui ne lui appartiennent à aucun titre. Aussi notre bibliothèque s'augmente-t-elle rapidement; il faut donc remercier notre infatigable et dévoué collègue M. Verneuil du soin qu'il prend à mettre en ordre et à cataloguer ces divers matériaux si difficiles à classer.

Permettez-moi enfin d'entr'ouvrir avec vous les registres de notre habile trésorier M. Houël, et de vous dire, sans entrer dans des détails qui trouveront bien mieux leur place dans le compte rendu qu'il doit vous présenter prochainement, que notre situation financière est satisfaisante, grâce surtout aux importantes mesures dues à l'initiative hardie de celui que vous avez choisi pour me succéder à la présidence, mesures qui ont été mises en pratique pour la première fois cette année, et qui ont donné d'excellents résultats.

Je devrais terminer ce rapide exposé par la proclamation du prix Duval. Mais la commission nommée pour examiner les thèses qui nous ont été adressées a reconnu qu'aucun des candidats ne se trouvait dans les conditions exigées par le testateur. Elle a donc dû conclure à ce que le prix ne soit pas décerné cette année. C'est la première fois que ce fait se présente, et, il faut l'espérer du moins, il ne se reproduira pas. Déjà de nombreux concurrents, et ceux-là dans toutes les conditions voulues, sont inscrits pour l'année prochaine; tout fait donc espérer que, comme les années précédentes, la lutte sera aussi brillante que sérieuse.

Messieurs, l'année qui vient de s'écouler comptera parmi les plus brillantes de la Société de chirurgie; les discussions sur la thérapeutique des kystes du foie, sur l'iridectomie, sur l'hygiène des hôpitaux, pour ne parler que des plus importantes, suffiraient à elles seules pour la marquer d'un sceau ineffaçable. Nous sommes dans la bonne voie; continuons donc, chers collègues, à étudier ainsi successivement toutes les grandes questions chirurgicales par elles-mêmes, dans l'intérêt de la science, sans passion et sans nous préoccuper du bruit du dehors; mais surtout ne cessons pas de donner l'exemple de la concorde et de la modération, sans lesquelles on ne fonde rien de durable.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ PENDANT L'ANNÉE 1864,

Par M. Trélat, secrétaire annuel.

Messieurs,

Après avoir, pendant le cours de l'année qui vient de finir, enregistré vos travaux et veillé à leur publication régulière, j'ai l'honneur de vous en présenter aujourd'hui un aperçu général.

Une courte halte pour mesurer le chemin parcouru n'est point inutile après une longue course à travers toutes les voies de la science que nous cultivons. C'est un besoin naturel que l'usage a consacré, non seulement dans les sociétés savantes, mais dans toutes les réunions d'hommes qui poursuivent un même but.

En dressant cet inventaire, vous verrez, Messieurs, que l'activité de notre Compagnie ne s'est point ralentie, que, grâce au zèle de ses membres résidants et correspondants, grâce au concours assidu des personnes qui s'intéressent à la chirurgie, nos séances ont été bien remplies.

Sans doute ce n'est pas par un seul travail, par une seule discussion qu'on tranche des questions depuis longtemps controversées; ce ne sont pas les matériaux irrégulièrement amassés pendant un an qui permettent d'établir des vérités nouvelles et saillantes; mais si vous vous reportez en arrière, si vous remontez jusqu'à l'époque déjà lointaine de notre fondation, alors, Messieurs, vous reconnaîtrez la part considérable de notre Société dans les progrès de la chirurgie; vous verrez combien de croyances ou de doctrines fausses et insuffisantes ont été minées par nos discussions répétées, comme le rivage est miné par la vague; vous verrez quels riches matériaux, quelles fécondes alluvions les communications si variées qui nous parviennent ont déposés dans la collection de nos Bulletins et de nos Mémoires.

Mais je ne dois vous entretenir que des travaux de l'année dernière.

Au milieu d'un certain nombre de communications sur les maladies des os, je rappellerai à votre attention les deux faits exposés par MM. Chassaignac et Richet. Les pièces de nos deux collègues pouvaient être interprétées de différentes façons. Etait-ce à l'ostéomyélite, à l'ostéite fongueuse qu'il fallait rapporter les lésions, ou bien n'avions-nous sous les yeux que des variétés particulières de cette

maladie lente dans son évolution, obscure dans son diagnostic, à laquelle on a donné le nom d'abcès des os? Cette dernière hypothèse est la plus probable. Quoi qu'il en soit, l'observation de M. Richet montre combien les indications thérapeutiques sont difficiles à établir, combien la symptomatologie des abcès des os laisse encore à désirer.

C'est bien à tort qu'on nomme spontanées les fractures qui se produisent sous l'influence d'un léger effort; mais le mot est passé dans la langue chirurgicale, il faut l'accepter. En pareil cas, une altération pathologique a détruit ou diminué la résistance de l'os; assez souvent la maladie osseuse a été reconnue depuis longtemps, et la fracture n'est qu'un accident facile à comprendre; mais parfois elle survient dans l'état de santé le plus parfait en apparence. Le malade de M. Azam, atteint d'une ostéomyélite à laquelle il succomba, appartenait à la première catégorie; celui de M. Richet, chez lequel une tumeur du fémur ne fut reconnue que plusieurs mois après la fracture, rentre dans la seconde. Ce sont les faits de cette nature incomplétement observés qui ont dû faire croire à la possibilité de fractures dites spontanées sur des os non altérés. Un moment, en effet, M. Richet put croire que son malade allait guérir, que le cal se formait régulièrement, quoique avec lenteur, qu'en conséquence l'os était sain. Mais il fallut bientôt renoncer à cette opinion; le fémur était envahi par une tumeur fibro-plastique dont les éléments avaient pénétré jusque dans l'intérieur des veines voisines.

J'indique en passant une observation de M. Prud'homme sur la cause et la nature des complications que peuvent entraîner les fractures en V ou en coin. La gravité de ces fractures vient-elle de ce qu'elles communiquent avec les articulations, comme le croit M. Béranger-Féraud, ou bien est-elle le résultat des déplacements étendus, des compressions exercées sur les organes voisins, de la longueur de la fracture? Cette dernière opinion semble plus probable; elle est au moins d'accord avec le plus grand nombre des faits, et en particulier avec celui qu'a observé M. Legouest au Val-de-Grâce.

Nous devons à M. Labbé une importante observation de mort subite pendant la convalescence d'une fracture compliquée. L'artère pulmonaire et sa branche gauche étaient oblitérées par un caillot embolique venu de la veine fémorale. Les faits semblables à celui-ci, encore peu nombreux, ont été réunis par notre collègue M. Azam dans un travail dont il a donné lecture à l'Académie de médecine. Chaque fois que cette redoutable terminaison a été observée, le membre, et jusqu'ici ç'a toujours été le membre inférieur, était ou avait été le siége d'un épanchement sanguin considérable. Les veines de la cuisse contenaient des caillots adhérents non reconnus et non soup-

çonnés pendant la vie. Parfois il y a eu dans les jours qui ont précédé la mort quelques malaises ou quelques étouffements. Enfin la mort survint dans la période de convalescence, lorsque des caillots résistants avaient eu le temps de se former dans les veines fémorale ou iliaque, alors que vingt-cinq, trente-cinq, quarante-huit jours s'étaient écoulés depuis l'accident.

Les luxations du pouce, on le sait depuis longtemps, offrent assez souvent des obstacles insurmontables à la réduction. Je me rappelle avoir vu Blandin épuiser ses forces et son ingéniosité à tenter une semblable réduction : malgré tout, il échoua. Pareille mésaventure est arrivée à M. Labbé ; appareils et procédés, il a tout essayé sans succès, et en fin de compte il est venu nous communiquer son observation. M. Richet a fait remarquer que, malgré l'absence de réduction, les mouvements anormaux assez étendus sont graduellement recouvrés par le pouce, et que ce doigt peut servir très-utilement par la suite. M. Guyon, après avoir éprouvé de grandes difficultés dans un cas semblable, a été plus heureux que M. Labbé, et il attribue son succès à la manœuvre exécutée, rotation du pouce en dehors, puis renversement au côté externe du métacarpien. Ce procédé est bon, puisqu'il a réussi, mais l'expérience enseigne qu'aucun procédé n'est applicable à tous les cas ; le chirurgien doit faire provision de toutes ces petites ressources pour les utiliser au besoin.

On discutera sans doute longtemps encore sur cette affection singulière, heureusement inoffensive, mais assez mal connue, qu'on a successivement nommée : luxation incomplète, subluxation du radius, paralysie, paralysie douloureuse de l'avant-bras chez les jeunes enfants. Il est certain que l'affection est traumatique ; elle se guérit assez brusquement par quelques manœuvres simples ou même parfois sans manœuvres, par un mouvement de l'enfant. Il y a donc nécessairement un déplacement, un changement des rapports de quelques organes. Mais ce changement, quel est-il ? C'est là que commencent les divergences. Le plus grand nombre croit que le radius se porte légèrement en avant du condyle, et j'aurais assez de tendance à me ranger ici du côté du grand nombre. Il y a deux ans, M. Goyrand était venu tenter de nous prouver que c'est le cartilage triangulaire déplacé qui cause la douleur et la gêne. Cette année, M. Verneuil lui a prêté l'appui réservé d'un fait clinique. Mais voici que M. Bourguet, le compatriote de M. Goyrand, propose une théorie nouvelle : le désordre consisterait, suivant lui, dans l'engagement, le refoulement des parties molles en arrière de la tubérosité bicipitale, dont elles enrayeraient les mouvements en l'éloignant du cubitus.

La discussion de ces théories ne saurait faire partie de ce résumé; je devais seulement les rappeler à votre souvenir.

C'est bien assurément un fait extraordinaire, inouï, qui nous a été communiqué par M. Guérin. Quatre aides exercent des tractions régulières et modérées sur l'avant-bras d'une femme atteinte de luxation sous-coracoïdienne complète, et tout à coup, sans que les aides chancellent, sans craquement, le membre se rompt au pli du coude. C'est que la luxation datait de trois mois, que le membre était paralysé depuis l'accident, que les nerfs comprimés par un magma fibreux dense avaient influé sur la nutrition des tissus, et que ceux-ci, profondément altérés dans leur structure, avaient perdu leur résistance normale. Ainsi s'explique ce fait, que tandis qu'on peut opérer sur un membre supérieur non altéré des tractions de 3 et 500 kilogr., celui-ci a été arraché par un effort qui n'a pas pu atteindre 100 kilogr.

Faut-il conclure de ce fait, si rare qu'aucun de nous n'en a observé ni entendu raconter de semblable, qu'on devra reculer à l'avenir devant la réduction des luxations anciennes? Nullement, et nos collègues qui ont pris part à la discussion se sont formellement prononcés dans ce sens. Sans doute, l'existence d'une paralysie complète du membre aggrave le pronostic; mais il ne faut pas oublier, comme le faisait judicieusement observer M. Guérin, que la réduction est le meilleur, presque le seul moyen de faire cesser la paralysie consécutive à la compression.

On a beaucoup discuté autrefois sur la curabilité des luxations congénitales du fémur, et il semble qu'après des luttes fort vives, on éprouve de part et d'autre le besoin d'attendre du temps et de l'observation de nouveaux arguments. Cependant, vous avez entendu avec un vif intérêt la communication de M. le docteur Pravaz fils et le rapport de M. Bouvier.

La malade de M. Pravaz a éprouvé une remarquable amélioration; cette enfant n'est presque plus infirme. Elle l'est si peu que notre confrère de Lyon la considère comme guérie. Mais que faut-il entendre par ce mot? Si on se place au point de vue physiologique, tout le monde est à peu près d'accord. Les fonctions locomotrices du membre inférieur sont très-satisfaisantes; c'est un beau succès thérapeutique que d'avoir opéré cette transformation, et ce succès encourage à persévérer dans la même voie. Mais au point de vue anatomique, y a-t-il eu retour à l'état normal, ou seulement la tête du fémur a-t-elle subi un déplacement quelconque? C'est ici que les opinions varient. M. Pravaz pense que la réduction est opérée; M. Broca croit que les têtes des fémurs ont seulement été ramenées en avant de leur situation primitive, de manière à rétablir l'équilibre

du corps ; enfin, d'après le savant rapporteur de la commission, le redressement du bassin par disparition de l'ensellure lombaire, redressement dû surtout à l'allongement des muscles fléchisseurs, serait la cause principale de l'amélioration : la tête du fémur n'aurait pas subi le moindre déplacement.

On voit que sur ce point, comme sur tant d'autres, la science demande de nouveaux éclaircissements.

L'ostéogénie périostique, qui avait donné lieu l'année dernière à une importante discussion, a reparu plusieurs fois et sous des formes diverses devant la Société. MM. Sédillot et Marmy contestaient, au nom de l'expérimentation physiologique, que le périoste de la voûte palatine pût régénérer de la substance osseuse. A ces expériences négatives, M. Ollier a répondu par des expériences positives, et après avoir vu les pièces qui vous ont été présentées tout dernièrement, on sera forcé d'admettre que l'ostéogénie périostique de la voûte palatine est incontestable chez les animaux.

C'est ici qu'il convient de mentionner le beau succès obtenu par M. Giraldès sur un enfant auquel il avait réséqué 10 centimètres de la diaphyse humérale. Au bout d'un an, la reproduction était achevée, et nous avons vu le jeune malade, complétement guéri, se servir fort utilement de son bras.

L'ablation du maxillaire supérieur comme opération préliminaire de la destruction des polypes naso-pharyngiens compte maintenant de nombreux partisans, et M. Verneuil, qui l'a chaleureusement défendue, peut se féliciter d'avoir soutenu une bonne cause. Quand on pratique cette ablation, y a-t il, comme le pense M. Ollier, profit à conserver le périoste, ou bien la conservation de cette membrane est-elle difficile, dangereuse même et en définitive sans avantage, suivant la manière de voir de M. Richet ?

Je ne puis reproduire ici les arguments de nos deux collègues, mais je n'hésite pas à me ranger du côté de M. Ollier. La séparation du périoste, et surtout à la face, n'est ni longue ni difficile ; ce n'est point une complication opératoire ; je dirais presque que c'est une simplification. Pourquoi dès lors renoncer au bénéfice possible, sinon certain, d'une reproduction osseuse dont l'utilité ne peut guère être contestée ?

L'année dernière, mon prédécesseur, en parlant de l'opération d'Esmarch et de Rizzoli, disait qu'on ne savait pas encore si le meilleur moyen d'assurer le succès était de faire une section ou une résection, d'interposer un corps étranger ou un lambeau de périoste entre les fragments ; il ajoutait même qu'on ignorait pourquoi les chirurgiens

français avaient échoué quand les chirurgiens étrangers avaient réussi.

Aujourd'hui, après les succès de M. Huguier et de M. Aubry (de Rennes), après la lecture des faits réunis dans la thèse de M. Adolphe Mathé, on peut répondre à ces questions. L'interposition d'un corps étranger ou d'un lambeau de périoste entre les fragments, la répression des bourgeons charnus par des cautérisations superficielles, les mouvements passifs exécutés de très-bonne heure, suivis aussitôt que possible de mouvements actifs, semblent avoir assuré le succès dans le plus grand nombre des cas après la simple section, qui paraît suffisante.

Vous avez accordé une attention soutenue à l'importante discussion provoquée par M. Verneuil sur les résections traumatiques en général; et en particulier sur celles du genou. En présence d'une plaie pénétrante, et surtout d'une plaie par arme à feu de cette articulation, toutes les éventualités sont graves : l'expectation est funeste; l'amputation immédiate de la cuisse donne de bien rares guérisons; dans nos hôpitaux civils, elle n'en donne pour ainsi dire pas. La résection du genou serait-elle plus favorable? Enhardi par deux beaux succès, M. Verneuil a de la tendance à le croire. Ses adversaires lui répondent par une série de motifs qui, pour être théoriques, n'en ont pas moins une valeur indéniable. Il faut reconnaître que les faits manquent pour juger une aussi grosse question. Mais de ce qu'on ne peut la trancher aujourd'hui, il n'en résulte nullement que le débat ait été stérile. Il ouvre la voie à de nouvelles discussions plus riches de faits et plus affermies par l'expérience.

Dans un rapport net et concis sur un travail de M. Chassaniol, M. Broca nous a exposé les erreurs ou les oublis physiologiques qui ont pendant longtemps retardé l'emploi des ligatures fines sur les artères. Aujourd'hui, la question est définitivement jugée au point de vue pratique; mais notre collègue sait interroger l'histoire et lui faire parler un langage instructif.

Une communication de M. Tillaux nous a montré une fois de plus combien le traitement des anévrysmes diffus est incertain. Généralement rebelles à la compression mécanique ou manuelle, ils réclament la ligature, et ce moyen est loin d'assurer la guérison. Nombre de complications graves peuvent survenir et faire périr le malade. Cependant, M. Foucher a obtenu un remarquable succès par la compression employée contre un anévrysme poplité diffus et enflammé. Il faut espérer que ce fait rare ne sera pas perdu pour la science, et que M. Foucher le publiera dans tous ses détails.

Pour la seconde fois, vous avez entendu M. Vanzetti (de Padoue)

vous raconter, avec une simplicité pleine de finesse, les résultats de sa pratique dans le traitement des anévrysmes. M. Vanzetti est un apôtre de la compression digitale. Son zèle, sa constance et son habileté ont dû opérer plus d'une conversion. Quand il ne peut agir lui-même, il improvise des aides; des paysans, des malades convalescents sont très-vite éduqués, et mènent la cure à bon terme.

Mais le côté le plus saisissant de son récit a été la cure de deux anévrysmes artério-veineux du pli du coude, guéris par un très-ingénieux procédé de compression digitale double, en moins de six heures. Espérons que ce procédé éminemment physiologique obtiendra de nouveaux succès; la chirurgie comptera une bonne acquisition de plus.

Je ne quitterai pas ce qui a rapport au système vasculaire sans rappeler à votre souvenir une tumeur veineuse réductible de la région frontale, que nous avons observée chez un petit malade de M. Giraldès; une tumeur formée par la dilatation de la veine ophthalmique et simulant par son expansion et ses bruits un anévrysme artériel. M. Aubry a mis sous vos yeux la pièce, qui ne peut laisser aucun doute.

Enfin, permettez-moi de vous rappeler encore, à cause de l'importance et de la rareté du sujet, l'observation malheureusement trop complète de varices lymphatiques, que je vous ai communiquée en deux fois; observation bientôt suivie par celles de M. Petit, ancien chirurgien en chef de la marine.

La douleur intermittente ou continue, mais généralement horrible des névralgies, disparaît le plus souvent sous l'influence des moyens médicaux; mais parfois elle résiste aux traitements les mieux institués et conduit les malades aux partis les plus désespérés : opérations graves, sacrifice d'un membre tout entier, et même sacrifice volontaire de la vie. Ce qu'il y a de plus cruel dans ces graves affections, c'est qu'elles semblent quelquefois déjouer les lois de la physiologie, mettre en désarroi nos connaissances anatomiques, et, véritables Protées, se rendre insaisissables et inaccessibles aux efforts de la thérapeutique.

C'est un cas de cette nature que M. Azam nous a exposé dans les détails les plus circonstanciés et les plus curieux. Je renonce à vous retracer même sommairement toutes les bizarreries de cette remarquable et désespérante observation. Après la résection du sciatique poplité externe et du grand sciatique, l'amputé, qui a été guéri pendant sept mois, éprouve de nouveau des douleurs qui ont reparu brusquement sous l'influence d'un effort. Ces douleurs, d'abord très-violentes, sont devenues un peu plus supportables; mais elles peuvent au premier

moment reprendre leur caractère torturant. Alors que faire? Une nouvelle résection doit-elle être tentée? Laquelle? et pourra-t-on espérer un succès définitif?

Ces questions que nous posait M. Azam sont à peu près restées sans réponse. On a recherché comment les douleurs avaient pu se reproduire; on a indiqué les précautions opératoires qui semblent mettre à l'abri des névralgies du moignon; mais aucun avis n'a été émis sur l'opportunité d'une nouvelle opération, et même, à juger l'ensemble de la discussion, les faits de récidive persistante et invincible énoncés par MM. Richet, Voillemier et Legouest, il faudrait renoncer à poursuivre par le fer ces névralgies incurables par la thérapeutique, mais quelquefois curables par le temps.

Une question importante a été soulevée subsidiairement. Que les fibres nerveuses puissent se régénérer et rétablir avec le temps la continuité anatomique entre les tronçons d'un nerf et par suite l'intégrité de ses fonctions, c'est un point bien acquis aujourd'hui. Mais que cette continuité, ou tout au moins que les fonctions du nerf puissent être rétablies subitement ou à peu près par l'accolement, par l'affrontement des deux bouts du nerf divisé, voila un fait nouveau et surprenant; tellement nouveau qu'il a paru inadmissible à quelques-uns de nos collègues. En vain on a cité les observations remarquables de MM. Nélaton et Laugier, où la suture des nerfs paraît avoir eu un succès immédiat. M. Verneuil a répliqué par d'autres observations où des portions étendues de nerfs ont été réséquées et non réunies, et où cependant les fonctions se sont rétablies presque immédiatement. Que conclure de faits aussi contradictoires? C'est qu'il y a là une obscurité physiologique dont le voile n'est pas encore déchiré; c'est que, dans l'état de nos connaissances sur l'action nerveuse et sur son mode de propagation, nous ne devons enregistrer les faits qu'avec une extrême réserve.

Il n'est pas très-rare que les vaisseaux rampants au voisinage des foyers purulents soient ramollis, amincis et perforés par la suppuration. Il en résulte alors des hémorrhagies artérielles ou veineuses, d'autant plus graves que les malades sont plus affaiblis et que les rapports de la région sont plus altérés. Cette année, MM. Dolbeau et Morel-Lavallée nous ont communiqué les faits qu'ils venaient d'observer. Chez le malade de M. Morel-Lavallée, le tamponnement des incisions et la formation d'un volumineux caillot ont suffi pour maîtriser l'hémorrhagie. Mais M. Dolbeau n'a pu sauver sa jeune malade qu'en pratiquant la ligature de la carotide externe. Prompte et sage intervention d'une chirurgie éminemment conservatrice, malgré l'importance des désordres opératoires.

Vous avez entendu avec intérêt le récit de notre collègue M. Mascarel sur les cas de tétanos qu'il a traités et dont deux ont été guéris. Ce sont d'intéressants succès à enregistrer, mais vous êtes restés dans le doute sur la valeur des moyens employés, puisque l'opium et la belladone ont été concurremment administrés chez ces malades.

Je mentionne en passant un calcul salivaire d'un poids exceptionnel envoyé par M. Fleury (de Clermont); il pesait presque 4 grammes, et était resté inclus dans le canal de Warthon, d'où le chirurgien parvint avec peine à le déloger, au grand soulagement du malade.

A propos d'une communication de M. Duboué d'abord, puis d'une observation de M. Letenneur (de Nantes), vous êtes revenus sur les sutures métalliques en général et en particulier pour la réunion du bec de-lièvre. Longtemps encore ce mode de suture comptera des adversaires et des partisans. Je crois qu'on lui demande des avantages qu'il ne peut pas donner : on trouve que les fils métalliques coupent les tissus aussi bien, d'aucuns disent mieux, que les fils de soie. Eh! sans doute. Quand on fait une suture quelconque, ce ne sont pas les fils qui coupent, ce sont les tissus qui se coupent. Sous ce rapport, les fils d'argent ou de fer n'ont aucun mérite particulier; mais la facilité avec laquelle ils sont tolérés longtemps, leur demi-rigidité qui les transforme en tuteurs des bords de la plaie, leur permettent de remplir des indications que ne remplissent ni les fils souples de soie ou de chanvre, ni les épingles rigides, telles qu'on les emploie dans la suture entortillée ordinaire.

Au reste, dans ces sortes de questions de pure pratique, il ne faut pas se placer à un point de vue trop absolu et soutenir que tel procédé l'emporte complétement sur l'autre. C'est une affaire de perfection relative. Que chacun en juge donc d'après sa propre expérience ou d'après l'expérience d'autrui, et prêche d'exemple par les résultats obtenus.

L'an passé, M. Jarjavay regrettait, en rendant compte de nos travaux, que la Société de chirurgie n'eût apporté qu'un faible contingent à l'ophthalmologie. Tout vient à point à qui sait attendre.

Vous avez cette année, à deux reprises, dont l'une a surtout été importante, étudié l'iridectomie en elle-même et comparée à cette ponction de l'œil, qui a reçu dans le sein de la Société les noms de section du muscle tenseur de la choroïde, iridotomie, opération d'Hancock.

Cette opération a-t-elle un effet curatif certain? dans quels cas doit-elle être employée? quels sont ses inconvénients et les accidents qu'elle entraîne? quel est le manuel opératoire le plus convenable? ses résultats sont-ils inférieurs ou supérieurs à ceux de la ponction

de l'œil? Telles sont les diverses questions sur lesquelles nous avons entendu tour à tour MM. Serre (d'Uzès), Richet, Follin, Giraldès, Foucher, Perrin, Dolbeau et Le Fort.

Après ce long débat, on peut considérer comme acquis que l'iridectomie est aujourd'hui le meilleur mode de traitement du glaucome aigu; qu'elle peut rendre des services dans certaines autres affections chroniques de l'œil; qu'elle peut être employée dans certains cas déterminés d'extraction de la cataracte.

Ce qui rend le parallèle difficile, ce qui peut-être a trompé plusieurs de nos collègues dans leur comparaison entre l'iridectomie et l'opération d'Hancock, c'est que l'une et l'autre ont été employées pour des cas mal déterminés au point de vue du diagnostic, et que dès lors on ne peut plus comparer la valeur thérapeutique. Or il est incontestable qu'au point de vue opératoire la ponction de l'œil est moins délicate, moins difficile et moins grave que l'iridectomie. Mais ce n'est point ainsi qu'il faut procéder pour juger la valeur des méthodes. Il faut les mettre en présence de cas semblables, bien constatés, et interroger ensuite les résultats définitifs. En suivant cette marche et en ne s'occupant que des affections glaucomateuses, la supériorité paraît acquise à l'iridectomie.

C'est ici le lieu de noter le travail de M. Debrou sur un volumineux polype fibreux du larynx. Bien que cette communication ait soulevé une discussion un peu vive au sein de la Société, elle n'en offre pas moins un grand intérêt, en raison du soin avec lequel l'observation a été recueillie et des remarques étendues qui l'accompagnent. Elle constituera un des documents les plus importants qui serviront à établir la thérapeutique encore controversée des productions polypeuses du larynx.

Quoique la question soit définitivement résolue par de très-nombreuses observations, il n'est pas inutile de mentionner la nouvelle preuve apportée par M. Verneuil à l'appui d'une opinion qui a surtout été défendue par M. Giraldès. Je veux parler du siége de l'S iliaque dans les cas d'imperforation ou d'obstruction de l'anus. M. Verneuil, ayant eu l'occasion d'observer l'état de l'intestin chez un nouveau-né mort le lendemain de sa naissance avec un rétrécissement du rectum, trouva l'S iliaque, quoique longue et très-flexueuse, à sa place normale, dans la fosse iliaque gauche.

M. J. Rochard nous a montré une pièce importante, quoiqu'elle ait passé un peu inaperçue dans une de nos séances les plus occupées. C'est l'anus artificiel d'un jeune enfant opéré avec succès en 1859 pour une imperforation rectale et mort du croup au mois de juin de

cette année. C'était un succès de plus pour la méthode de Littre. L'observation est mentionnée dans nos *Bulletins* de 1862.

Vous n'avez pas oublié la discussion qui a occupé plusieurs séances sur la thérapeutique des kystes hydatiques du foie. Quoiqu'elle ait été restreinte à l'étude d'un procédé et à la recherche de questions de priorité, il s'en faut de beaucoup que cette discussion ait été stérile. Elle a mis en lumière ou rappelé à notre souvenir un grand nombre de faits, et provoqué l'envoi de plusieurs travaux intéressants, parmi lesquels je citerai surtout le rapide succès obtenu par M. Heurtaux (de Nantes) sur un homme de trente ans, à l'aide d'une seule ponction avec un trocart capillaire, qui donna issue à plus de deux litres de liquide.

Les communications relatives aux organes génito-urinaires ont été assez nombreuses.

C'est d'abord une observation de rétablissement de l'urèthre détruit par une large plaie contuse. M. Notta ne put opérer son malade que quatorze jours après l'accident. L'extrémité pénienne de l'urèthre était cicatrisée ; l'extrémité vésicale, enfouie dans les tissus altérés, dut être cherchée par une série de manœuvres délicates et laborieuses, qui permirent enfin de placer une sonde de caoutchouc allant du méat à la vessie, et de satisfaire à la première et plus importante indication du traitement : rétablir le cours normal des urines. Cette sonde de caoutchouc séjourna sans altération quatre-vingt-deux jours dans la vessie. L'emploi de cet instrument eut donc un réel avantage, celui d'éviter des renouvellements toujours difficiles, quelquefois impossibles ou à peu près.

Le malade de M. Notta est complétement guéri, mais il conserve, comme on devait s'y attendre, un urèthre étroit et disposé à se rétrécir davantage encore. Notre collègue se promettait bien de combattre le rétrécissement.

A l'occasion d'une pièce présentée par M. Follin, la Société est revenue sur le meilleur procédé à suivre dans l'amputation de la verge, pour prévenir le rétrécissement du nouvel orifice uréthral. Ce procédé n'est qu'une application particulière d'un précepte général en médecine opératoire. Si on veut conserver un orifice souple et non contractile, il faut éviter que ses bords soient formés par du tissu de cicatrice, il faut réunir la muqueuse et la peau aux limites de l'incision. Ce procédé général est adopté par le plus grand nombre de nos collègues et pour l'urèthre surtout ; il est tellement simple et facile qu'on aurait grand tort de le rejeter, dût-il être inutile dans certains cas.

M. Dolbeau nous rendant compte d'un travail de M. Leroy (d'Etiolles), a montré combien les hernies de la vessie se compliquent rarement de la présence d'un calcul urinaire, combien les signes diagnostiques de cette complication sont encore mal établis, combien en définitive cette question est peu connue. Nous devons savoir gré à M. Leroy de nous avoir communiqué ses recherches sur ce sujet.

Vous vous êtes occupés à plusieurs reprises de l'extraction des corps étrangers de l'urèthre et de la vessie, question de pratique chirurgicale qui sollicite à chaque instant l'ingéniosité du chirurgien. M. Morel-Lavallée nous a fait part du moyen qu'il a employé avec succès dans un cas particulier, moyen qu'il a désigné sous le nom pittoresque de procédé du passe-lacet.

M. Monteil (de Mende) nous a envoyé une observation suivie de remarques sur l'extraction des corps étrangers par la dilatation de l'urèthre chez la femme. Ce procédé est bon, il a été mis en pratique un très-grand nombre de fois, mais il n'est applicable que pour des corps étrangers d'un volume modéré.

L'observation de M. Aubry (de Rennes) présente un curieux détail : mal éclairé par les commémoratifs, notre collègue soupçonne un calcul de la vessie chez une jeune femme. Il en constate l'existence avec la sonde. Mais toute recherche avec le lithoclaste est vaine. Deux explorations prolongées sont infructueuses ; enfin un matin, un morceau de bois, que nous avons vu, s'engage dans l'urèthre et peut être extrait à l'aide d'une pince. L'explication de ce fait bizarre est fort simple ; elle a été donnée par M. Aubry. Le corps étranger flottait à la partie supérieure de la vessie, tandis que les mors du lithoclaste étaient appuyés sur le bas-fond de l'organe, puisqu'on croyait avoir affaire à un calcul.

Quelle sera l'utilité définitive de l'ingénieux instrument que nous a fait présenter M. Maisonneuve, le lithéxère? Réalisera-t-il toutes les espérances de son auteur ? Les faits parleront. Cependant il semble bien rationnel de penser qu'il rendra de remarquables services dans les cas analogues à celui qu'a publié la *Gazette des Hôpitaux* il y a quelques jours et où il a fallu cinquante et une séances de lithotritie pour enlever dans les cuillers du brise-pierre une énorme quantité de matière calculeuse sous forme de boue épaisse.

Quoique les corps fibreux de l'utérus soient bien connus, M. Guérin nous a exposé un fait où toutes les difficultés du diagnostic semblaient réunies. Notre collègue était resté dans une prudente réserve. La malade ayant succombé à une affection de poitrine, l'autopsie permit de vérifier l'état des parties, et on reconnut que l'effacement du

col utérin et sa continuité avec les parois vaginales avaient été les causes principales de l'incertitude.

M. Duboué (de Pau), qui nous avait plusieurs fois adressé d'importants travaux sur l'opération de la fistule vésico-vaginale, est venu cette année parmi nous exposer plus complétement son procédé opératoire et les résultats heureux qu'il en a obtenus. De nombreuses figures insérées dans nos Bulletins permettent de suivre facilement la description et augmentent l'intérêt de ce travail.

Je note ici, parce que l'occasion ne s'en est pas encore présentée, cet énorme enchondrome pour lequel M. Gamgee pratiqua avec succès la désarticulation du fémur. Il est regrettable que les détails si intéressants de cette observation, détails relatifs surtout aux difficultés de l'opération et aux moyens employés pour prévenir l'hémorrhagie, ne nous aient été communiqués que d'une manière sommaire et soient seulement l'objet d'une mention dans nos Bulletins.

Plusieurs fois vous vous étiez occupés, d'une manière incidente, de la gravité relative de certaines opérations; vous aviez reçu à cet égard différentes communications. Tous ces faits ont été repris dans la grande discussion qui a absorbé notre temps pendant les deux derniers mois de l'année. Quel sera le résultat prochain ou éloigné de cette discussion? Je l'ignore; mais après l'Académie de chirurgie, après l'ancienne Académie des sciences, après l'Académie de médecine, la Société de chirurgie de Paris ne pouvait garder le silence sur ces conditions primordiales de toute thérapeutique qui doivent avoir pour résultat de placer l'individu malade dans un milieu salubre et hygiénique.

Dans ces questions d'hygiène et de chirurgie, les chirurgiens auront-ils voix au chapitre? Il est possible que non. En tout cas leur opinion est formulée, et dans cette formule il est aisé de reconnaître la trace et l'empreinte profonde des grands corps savants dont je viens de parler.

Je m'arrête, Messieurs, dans cette revue déjà longue sans avoir épuisé la liste complète de vos travaux. Que ceux dont je n'ai pas mentionné les présentations, les travaux ou les remarques, n'accusent que mon insuffisance et non ma bonne volonté.

Au reste, pour exposer d'une manière complète les travaux annuels de notre Société, pour indiquer la valeur réelle de chaque fait, pour exprimer la conclusion de chaque discussion, pour montrer la filiation de toute question traitée, il faudrait reprendre l'histoire de la chirurgie presque entière. Ce serait une œuvre de longue haleine, pleine d'attrait et riche d'enseignements, mais une pareille œuvre

cesserait d'être un compte rendu rédigé en vue de cette séance et pour y être lu.

Forcé de me restreindre dans d'étroites limites, j'ai fait tous mes efforts pour mettre en lumière, ne fût-ce qu'un instant, la preuve que vous n'avez jamais oublié, jamais négligé, jamais abandonné votre noble devise.

FIN DU TOME CINQUIÈME.

TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES,

RÉDIGÉE PAR LE SECRÉTAIRE ANNUEL.



A

B

C

G

H

I

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TABLE DES AUTEURS.

G

H

J

K

L

M

N

O

FIN DE LA TABLE DES AUTEURS.